

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FLORENCIA SUELDO

O CORPO COMO CONJUNTURA: MULHERES, PARTOS, MATERNIDADE. UMA  
ETNOGRAFIA SOBRE AS USUÁRIAS DO SERVIÇO DA MATERNIDADE BAIRRO  
NOVO, CURITIBA

CURITIBA

2021

FLORENCIA SUELDO

O CORPO COMO CONJUNTURA: MULHERES, PARTOS, MATERNIDADE. UMA  
ETNOGRAFIA SOBRE AS USUÁRIAS DO SERVIÇO DA MATERNIDADE BAIRRO  
NOVO, CURITIBA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Arqueologia, departamento de Antropologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Antropologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Pérez Gil

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Stoll

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Sueldo, Florencia

O corpo como conjuntura : mulheres, partos, maternidade. uma etnografia sobre as usuárias da Maternidade Bairro Novo, Curitiba. / Florencia Sueldo. – Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado em Antropologia e Arqueologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Profª. Drª. Laura Pérez Gil

Coorientadora : Profª. Drª. Sandra Stoll

1. Grávidas - Experiências. 2. Assistência à Maternidade – Curitiba. 3. Parto humanizado. 4. Imagem corporal em mulheres. I. Gil, Laura Pérez, 1973-. II. Stoll, Sandra Jacqueline. III. Título.

CDD – 362.198

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de FLORENCIA SUELDO intitulada: O corpo como conjuntura: mulheres, partos, maternidade. Uma etnografia sobre as usuárias do serviço da maternidade Bairro Novo, Curitiba, sob orientação da Profa. Dra. LAURA PEREZ GIL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 10 de Maio de 2021.

Assinatura Eletrônica 21/05/2021 02:48:49.0 LAURA PEREZ GIL Presidente da Banca  
Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica 20/05/2021 15:44:56.0 CIMÉA BARBATO BEVILAQUA Avaliador  
Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica 24/05/2021 15:48:17.0 ROSAMARIA GIATTI CARNEIRO Avaliador  
Externo (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Rua General Carneiro, 460 - 6º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-5272 - E-mail: [ppgaa@ufpr.br](mailto:ppgaa@ufpr.br)  
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto  
8539 de 08 de outubro de 2015.  
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 92043  
Para autenticar este documento/assinatura, acesse  
<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 92043

À memória de Ana, Rosa e Elma

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a meu pai e minha mãe por me apoiarem em todas as minhas escolhas. Agradeço a parceria do dia a dia com o Ramiro, e a confiança para nos aventurarmos juntos com uma criança pequena e vir para o Brasil. Nesse sentido, isso não teria sido possível sem o apoio da CAPES, através da bolsa de estudos, fundamental para minha entrada no programa de antropologia. Agradeço também ao DEAN pelo recebimento, a organização do curso, e a empatia com os alunos para atender à situação particular de cada um no contexto pandêmico. Aos professores, especialmente à Laura e à Sandra, por terem aceitado me acompanhar com sua paciência e dedicação na orientação desta pesquisa, e à Címéa, que me deu uma luz para abrir o caminho burocrático do trabalho. Também a meus companheiros de turma pela gentileza de me facilitarem as coisas quando recém chegada e pela troca durante e após o curso. A minhas amizades pelo calor e acompanhamento permanente.

Por outro lado, agradeço a cada família que contribuiu com seu relato e seu tempo, e aos integrantes da equipe institucional que abriram suas narrativas.

Por último, ao Inti, por tudo o que me revela cada dia.

## **RESUMO**

Esta pesquisa propõe traçar as trajetórias e experiências das mulheres usuárias do serviço da Maternidade de Bairro Novo, pioneira na humanização do parto-nascimento em Curitiba, colocando em análise a relação entre suas noções de corpo, parto, maternidade e sua corporeidade e as práticas obstétricas, os dispositivos técnicos e normativos e as dinâmicas gerais da assistência institucional. A temática geral sobre a qual versa este estudo é a humanização do parto-nascimento, focando, dentro do universo de questões que convida a analisar a temática, nos sentidos, estratégias e experiências das mulheres em seu vínculo com a rede de saúde pública, em especial com a instituição em que pariram. O trabalho etnográfico foi desenvolvido partindo das narrativas das mulheres sobre suas trajetórias biográficas, com ênfase no processo gestação/parto/puerpério, bem como de entrevistas a integrantes da equipe técnica da instituição e de uma visita técnica, que forneceu outra ordem de dados potenciadora da análise.

Palavras-chave: Mulheres; Corpo; Parto; Experiências; Maternidade; Assistência.

## **ABSTRACT**

This research aims to trace the paths and experiences of women who use the service of Bairro Novo's Maternity, a pioneer in the humanization of childbirth in Curitiba, placing under analysis the relationship between their notions of body, childbirth, maternity and corporeally and the obstetric practices, technical and normative devices, and the general dynamics of institutional assistance. The general theme of this study is the humanization of childbirth, focusing, within the universe of issues that invites us to analyze the theme, in the senses, strategies and experiences of women in their connection with the public health network, especially with the institution where they gave birth. The ethnographic work was developed based on women's narratives about their biographical paths with emphasis on the pregnancy/labor/puerperium, as well as interviews with members of the institution's technical team and a technical visit that provided another order of data that enhanced the analysis.

**Keywords:** Women; Body; Labour; Experiences; Maternity; Assistance.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES**

ABENFO	– Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CIC	– Cidade Industrial de Curitiba
DIU	– Dispositivo Intrauterino
ESCTA	– Escola de Saberes, Cultura e Tradição Ancestral
FEAES	– Fundação Estatal de Atenção à Saúde
MBN	– Maternidade Bairro Novo
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PIC	– Práticas Integrativas e Complementares
PSS	– Processo Seletivo Simplificado
REHUNA	– Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SAS	– Sistema de Assistência à Saúde do Governo do Paraná
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UPA	– Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
<b>1 A MATERNIDADE BAIRRO NOVO EM CONTEXTO .....</b>	<b>21</b>
1.1 Antropologia na cidade: dinâmicas urbanas e contexto espacial.....	21
1.2 Uma conjuntura histórica: a mudança do modelo obstétrico da Maternidade Bairro Novo na trama de políticas públicas .....	29
<b>2 SOBREVOANDO A REDE DE SAÚDE PÚBLICA ATRAVÉS DAS MULHERES .....</b>	<b>48</b>
2.1 Ao encontro com mulheres puérperas: aspectos metodológicos .....	48
2.2 Reconstruindo labirintos: trajetórias e estratégias das gestantes em seu vínculo com o SUS.....	54
2.3 “Você conhece lá?” Etnografia de uma visita técnica .....	68
2.4 Mulheres: expectativas e sentidos de corpo, parto e maternidade. ....	77
<b>3 DOS RELATOS ÀS EXPERIÊNCIAS: CORPOS EM PARTO E DINÂMICAS INSTITUCIONAIS .....</b>	<b>91</b>
3.1 Os pródromos: da casa ao hospital .....	91
3.2 Partos e dinâmicas institucionais .....	102
3.3 “Hoje tem doula!” e as enfermeiras “anjo” .....	121
NOTAS CONCLUSIVAS .....	129
REFERÊNCIAS .....	133
ANEXOS .....	139

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu um pouco antes das condições reais de sua existência – isto é, o curso do mestrado, o trabalho de campo e a escrita – em forma de perguntas, entusiasmo, e vontade de me submergir nesse campo temático logo após saber que estava grávida do Inti. Portanto, sinto que obedece um pouco ao convite que trouxe a chegada do meu filho, e outro pouco aos jeitos de viver minha nova situação no mundo: ser mãe. Assim, me aproximei do movimento pela humanização dos nascimentos em Córdoba (Argentina), certamente diferente do movimento pela humanização no Brasil, em especial pelo fato de não existir a figura da enfermeira obstétrica e de ser impulsionado por parteiras (parteiras tradicionais e obstetizes) e doulas, com pouco embasamento no que aqui se reconhece como *novas evidências científicas* (farei referência a isto no capítulo um) e no desenvolvimento técnico-obstétrico. Ao entrar nesse campo comecei a ter contato com casais grávidos, mulheres, parteiras, doulas, psicólogas perinatais e médicos, motivada pela curiosidade que esse mundo estava me despertando. Nessa situação o Brasil se apresentou como uma grande inspiração, tanto pelo desenvolvimento do movimento pela humanização dos nascimentos articulado e estruturado na REHUNA (principal grupo de ação no Brasil desde 1993, cuja atuação tem foco na divulgação sobre a assistência e cuidados perinatais), quanto pela existência de casas de parto e hospitais públicos humanizados, como também pela ampla tradição em partejar (de fato uma parte da formação de minhas parteiras de Córdoba havia acontecido aqui na ESCTA<sup>1</sup>). Nessa busca comecei a me perguntar sobre os estímulos da assistência humanizada no âmbito institucional público brasileiro, e sobre as ideias de corpo, parto, saúde e maternidade que atravessam a tentativa de *humanizar* os nascimentos no SUS, como também sobre as necessidades e as buscas das mulheres usuárias das maternidades chamadas de *humanizadas*. Me inspirava pensar como o ideário do parto humanizado, que parte da demanda de uma mudança do modelo obstétrico dominante durante o século XX, em conjunto com o surgimento de novas subjetividades femininas e novas dinâmicas parentais nas últimas décadas do século, conseguiu se ancorar como política pública, e particularmente no caso que abordarei nesta pesquisa, como proposta de uma maternidade do SUS.

Dessa maneira, minha primeira intenção foi desenvolver esta pesquisa no âmbito institucional, na Maternidade Bairro Novo<sup>2</sup>, com o intuito de enxergar o que significa a assistência humanizada ao parto nesse contexto, entendendo que a proposta ou paradigma do

---

<sup>1</sup> Escola de Saberes, Cultura e Tradição Ancestral, fundada pela mestra parteira Suely Carvalho.

<sup>2</sup> A partir de agora usarei a sigla MBN.

modelo obstétrico humanizado se baseia nas recomendações da OMS, a saber: o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto, à presença de acompanhante e à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no processo do parto, entre outras (TORNQUIST, 2003).

Tendo em conta que o modelo da humanização dos nascimentos vela pelo respeito da necessidade, o empoderamento e a liberdade da mulher gestante, me perguntei como são articuladas as múltiplas corporeidades e subjetividades femininas com os protocolos e disposições da instituição, ou seja, como cada corpo dialoga com os dispositivos normativos que fazem parte da proposta da assistência da maternidade – e entre outras perguntas incipientes, como se relaciona a materialidade da infraestrutura com tais corpos.

Portanto, o objetivo desta pesquisa, num primeiro momento, era traçar as relações, os movimentos, as interações entre mulheres usuárias de um serviço de saúde e a própria instituição. Isso levou a desenhar como metodologia uma observação participante focada na interação dos *corpos em parto* com a ambiência, isto é, olhar as dinâmicas institucionais, os protocolos médicos, a organização da equipe de trabalho, a infraestrutura e as experiências corporais das mulheres em processo de parto desde uma perspectiva fenomenológica, ou seja, o agir dos corpos nesse contexto e nessa situação, contemplando ainda as trajetórias individuais e coletivas que esses corpos comportam. Assim, as entrevistas eram outra ferramenta metodológica que iam me permitir adentrar nas biografias das mulheres, e em seus sentidos de corpo, parto e maternidade.

O itinerário e alguns acontecimentos da primeira etapa da pesquisa, que podem se resumir na impossibilidade de ter acesso à instituição em que o campo ia acontecer e que trarei aqui na sequência, levaram a redefinir, em parte, o objeto e os caminhos metodológicos. Assim, as entrevistas passaram a ocupar um lugar privilegiado como ferramenta de coleta de dados, produzindo-se um deslocamento do foco do estudo, em que a instituição deixou de ser o cenário fundamental do trabalho, predominando os relatos das trajetórias e experiências das mulheres em seu vínculo com o SUS e com a MBN durante o processo de gestação/parto/puerpério. Experiências que, dada a impossibilidade, não foram observadas por mim no momento em que aconteceram, mas sim recriadas na fala das protagonistas e de seus acompanhantes. Mesmo assim, os aspectos institucionais continuam fazendo parte deste trabalho pelo fato de serem constitutivos de tais experiências. Assim, focar nos sentidos e vivências das mulheres, seja prévio ou durante a gestação, como também no vínculo com a MBN, me levou a pensar no corpo como uma conjuntura em questão, um amálgama de dimensões que ultrapassam a própria corporeidade, constituindo-o e reverberando nos espaços em que acontecem suas experiências.

O corpo como conjuntura é um desenho gráfico imaginário na tentativa de criar um instrumento de análise para abordar as experiências relatadas em que convive esse amálgama do tecido cultural com os processos fisiológicos e biológicos. O passado, o presente e a ambiência coadunados no evento do parto.

Por outro lado, o termo conjuntura aparece no primeiro capítulo como categoria temporal braudeliana para se referir a um processo histórico de mediana duração vinculado à vida da instituição e ao processo de mudança do modelo obstétrico.

No entanto, antes de entrar no corpo deste trabalho desejo trazer algumas considerações relativas ao seu itinerário e ao fato de fazer pesquisa dentro da área da saúde, me referindo com mais detalhes ao processo de submissão do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética, antes de efetivar a entrada no campo. Esta escolha nasce, por um lado, com a intenção de seguir uma lógica cronológica, em que a submissão do projeto marcou um começo, tendo no horizonte futuro o trabalho de campo e, por outro lado, pelas reflexões que esse processo convida a fazer. Ele se abriu em meados de novembro de 2018, quando comecei a me familiarizar com os procedimentos burocráticos para submeter o projeto à análise, procedimentos que talvez por minha condição de estrangeira (que adiciona uma complexidade na hora de compreender questões administrativas e burocráticas) implicaram muita atenção, sobretudo pela quantidade de documentos a elaborar e assinar seguindo as normativas dos comitês. Nesse momento incipiente me deparei com mais de uma dificuldade: em primeiro lugar a adaptação do projeto de pesquisa a um formato de projeto que compartilha a mesma estrutura para pesquisas quantitativas e qualitativas e, portanto, a necessidade de preencher itens inadequados para a antropologia (como por exemplo “casuística” e “hipótese a ser testada”, ou a obrigatoriedade de argumentar “benefícios e riscos” da pesquisa), que me levaram a imaginar de antemão situações imprevistas que caracterizam o trabalho de campo antropológico, e portanto formam parte desse tecido que é a metodologia, na medida em que dialoga com o inesperado. Como diz Villas Boas Concone, a situação de pensar em riscos e benefícios leva a sentir que: “[à]s vezes parece que se está no ‘reino do simulacro’” (2008, p.117).

Assim, a quantidade de documentos solicitados pelos comitês, além de informar e operar como avisos ao pesquisador sobre questões ligadas à ética em pesquisa na área da saúde, parecem funcionar como grandes limitações. A princípio porque o pesquisador bem poderia desistir e tentar um caminho mais simples, e para quem decide ir em frente é preciso estar ciente que tem que se ajustar às normas e aos prazos desses procedimentos. As reuniões avaliadoras dos comitês eram mensais, e para chegar à única data da reunião mensal foi preciso elaborar e apresentar esse compêndio de documentos com muita antecipação, seguindo os parâmetros de

elaboração baseados numa excessiva normatização. Uma vez encaminhados ao comitê, a resposta poderia ter uma demora de até 60 dias. Neste caso, o projeto deveria passar pelo CEP<sup>3</sup> da UFPR e da SMS (Secretaria Municipal de Saúde), já que a instituição em que aspirava realizar o trabalho de campo forma parte da FEAES, fundação que depende da Prefeitura de Curitiba. Isso apresentou outra dificuldade: a emissão dupla de alguns documentos devido ao fato de que seus formatos têm diferenças em cada comitê (por exemplo o TCLE<sup>4</sup>). Por último, a grande dificuldade de lidar com a plataforma web que dá suporte a esse sistema de avaliação, a famosa “plataforma brasil”, na que devem ser preenchidos formulários em que, mais uma vez, não se diferenciam as pesquisas de caráter qualitativo e quantitativo, e solicitam informação que para um antropólogo que não entrou em campo estão ainda indefinidas, como por exemplo o número de “amostra”. Com uma estrutura web precária que fica fora do ar enquanto o pesquisador está preenchendo os formulários, a plataforma tenta ser o suporte desses vários documentos e o meio de encaminhamento deles aos comitês. Tal aventura burocrática me fez sentir que a materialidade (incluindo a materialidade virtual) age como a primeira grande limitação na hora de dar começo a uma pesquisa voltada à saúde, operando quase como uma advertência em que, no pano de fundo, está a ética de justificativa. Esse panorama está muito bem descrito no prefácio de “Antropologia e Ética” (SARTI; DUARTE, 2013), onde os autores afirmam que a *ética* parece se transformar numa série de *procedimentos éticos*, que vão forjar os padrões de conduta do pesquisador no campo. Algo que Schuch recupera como “novas burocracias da virtude”, distinguindo por um lado:

[a] constituição da ética como um elemento importante de debate político, isto é, a preocupação com o que pode ser chamado de políticas da ética; de outro lado, seu encapsulamento prático em artefatos técnico-burocráticos próprios de órgãos para sua regulamentação e controle, não raro forjados como um domínio de “técnico-especialistas” e referendados em resoluções, procedimentos e conceitos metadisciplinares que acabam configurando uma espécie de ética técnico-burocrática. Jacob e Riles [...] chamaram tais domínios de “novas burocracias da virtude”. (SCHUCH, 2014, p. 95).

Uma vez enviados os documentos via plataforma brasil (testando durante uma semana em qual horário do dia a plataforma funcionava), se abriu o tempo da espera. Após aproximadamente um mês, o projeto voltou do comitê da UFPR com pedido de modificação e esclarecimento de sua metodologia, e com algumas alterações para fazer no TCLE (pontualmente elaborar diversos modelos de TCLE: um destinado a gestantes, outro para

<sup>3</sup> CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) a partir de agora.

<sup>4</sup> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

gestantes menores, outro para a equipe de trabalho da maternidade e uma versão para familiares de gestantes<sup>5</sup>).

O projeto visava perceber as dinâmicas de atendimento da MBN em relação às demandas e necessidades das mulheres que vão procurar assistência lá. Seguindo esse objetivo, apresentava uma metodologia combinada. Por um lado, a utilização da técnica de *entrevista*, para entrar em contato tanto com gestantes e puérperas quanto com os familiares que as estivessem acompanhando. Em relação ao recrutamento, a intenção era fazer as entrevistas na própria instituição, nos momentos em que as mulheres e familiares estivessem nos corredores aguardando suas consultas, exames, como também no puerpério imediato durante o período de internação, ou fazer um primeiro contato nessas ocasiões e combinar um encontro posterior que poderia vir a ser em suas casas. Por outro lado, para se apreender as dinâmicas gerais de atendimento da MBN e os processos dos corpos em trabalho de parto, se recorreria à técnica de *observação participante*, na tentativa de seguir os pequenos mas significativos e expressivos dados relativos à assistência da instituição e ao diálogo desta com as corporalidades femininas: como se dá a acolhida da gestante, que formulários tem que preencher, qual é a demora no atendimento, o que se faz no tempo de espera, quais são as normativas, o que é considerado risco, quais são as disposições físicas e materiais para a assistência dos partos, qual é a capacidade física que abriga a infraestrutura e como este fator se relaciona com o tempo dos partos, etc. Assim, pretendia se direcionar o olhar tanto para como se organiza a equipe médica, as enfermeiras, a dinâmica dos plantões, os protocolos e práticas, quanto para todo tipo de disposições corporais das mulheres em relação à ambiência, isto é, os modos de agir dos corpos, de se movimentar, de expressar as emoções, de auto perceber-se, a respiração, a projeção da voz, a fala, o choro, a roupa, a nudez, as inumeráveis maneiras de manifestar a dor, a entrega ou a resistência às dificuldades do processo, e todas as possibilidades no meio delas.

Feitos os esclarecimentos metodológicos e elaborados os TCLE solicitados, o projeto foi aprovado e passou para o comitê da SMS, onde foi avaliada sua primeira versão, ou seja, não contemplaram as alterações já feitas na metodologia, e portanto solicitaram novamente maior informação em relação a ela, perguntando, por exemplo, como ia entrar em contato com mulheres puérperas que tinham feito seu processo de parto na MBN, já que a instituição não ia facilitar-me nenhum contato de usuárias de seu serviço. Tentei esclarecer mais um pouco a

---

<sup>5</sup> De acordo com Duarte (DUARTE, 2014 apud LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2008), a noção de indivíduo embutida nesse formato de TCLE é subordinada a uma visão ocidental do sujeito de direito e da biomedicina, duas das formações mentais mais poderosas da cultura ocidental moderna, noção não compartilhada por todos os grupos sociais, como indígenas, classes populares, etc.

metodologia, argumentando que ia me envolver em redes de sociabilidade virtuais, como os grupos de mães de Facebook ou WhatsApp, para procurar entrevistas fora da instituição, e que uma fotógrafa que trabalhou na instituição com um projeto de registro fotográfico dos nascimentos havia me passado uma lista de contatos das mulheres fotografadas que pariram lá. Outro questionamento era como eu ia agir em caso que algum membro da equipe técnica se negar a ser observado. Propus, então, em minha entrada no campo, fazer uma reunião com a equipe de trabalho da MBN para contar-lhes sumariamente os objetivos da pesquisa e entregar os TCLE, onde eles podiam decidir a respeito de sua participação. Opção que implicava presumir a possibilidade de limitar a observação participante quando estivesse determinado médico ou enfermeira, ou fazer de conta que essa pessoa não estava lá. Quase inevitavelmente emerge em mim a pergunta: como faz um antropólogo na aldeia? Não tenho experiência, mas em geral há uma autorização ou negociação que permite ao antropólogo fazer sua pesquisa, e no decorrer do trabalho de campo este vai desenvolvendo sua intuição que lhe diz quando sua presença está produzindo algum incômodo para alguém (isto é, não há uma autorização assinada por parte de cada membro da comunidade em que está pesquisando que manifeste vontades particulares). Novamente, me encontrava pensando e criando suposições e situações de simulacro. Enviei as alterações metodológicas e recebi outro parecer pedindo maior especificidade sobre como ia garantir a proteção das mulheres que estão parindo lá (questão já argumentada e detalhada nos TCLE). Esclareci mais um pouco esse tópico, seguindo a demanda do comitê, e finalmente o projeto foi rejeitado.

Decidi trazer esta sequência de idas e vindas do projeto aos CEP porque considero que se trata de um caso que ilustra reflexões já feitas sobre este assunto, em especial no livro “Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde” (VILAS BOAS CONCONE, 2008). Além de ilustrar e ser semelhante à situação que viveram outros pesquisadores (ter contato com essas reflexões me levou a saber que se trata de uma situação muito relevante no âmbito da disciplina), esta sequência tem o poder de se constituir em dados etnográficos na hora de fazer uma reflexão. Vale a pena mencionar que a tensão entre a antropologia e a ética nas pesquisas que envolvem a saúde faz parte de uma discussão calorosa das últimas décadas, apoiada pela ABA, dando luz a vários livros e dossiês sobre o assunto, devido à grande quantidade de pesquisadores que encontram dificuldades no processo de avaliação e aprovação do projeto. Segundo Duarte:

[c]ertamente agora já estamos advertidos e devemos provavelmente resistir de modo reflexivo a este processo. Não se trata de fincar uma barricada, mas de resistir efetivamente por meio da reflexão sistemática, dentro de nossos próprios corpos



acadêmicos e profissionais, a respeito dos desafios e das dificuldades da questão da ética em pesquisa. (DUARTE, 2004, p. 127).

O que estas reflexões estão trazendo? Em primeiro lugar a evidência de que cada ciência apresenta suas peculiaridades em relação ao fazer pesquisa na área da saúde. Isto leva a considerar a impossibilidade de padronizar os procedimentos das pesquisas, mesmo dentro das ciências humanas, e a relevância dos aportes de cada uma delas na produção de saberes que tratam a saúde. O foco, o olhar, a abordagem, os dados particulares com os que trabalha cada disciplina abrem um leque de conhecimento, que quando se tornam relacional e vemos multiplicarem-se as experiências interdisciplinares desestabiliza a hierarquia de poder do campo científico e a hegemonia da produção do saber biomédico. Assim, segundo Langdon, Maluf e Tornquist, “[a] antropologia, diferente da biomedicina, procura entender os processos de saúde e doença como experiências particularizadas, contextualizadas e marcadas pela subjetividade da experiência vivida.” (2008, p. 133).

Encontro aí um dos possíveis motivos da recusa à produção científica da área das humanas no âmbito da saúde, questão que pode ser lida em chave bourdieusiana, seguindo a ideia do monopólio da “competência científica” (BOURDIEU, 1983). Recuperando a citação de Langdon, Maluf e Tornquist (2008), a antropologia tende a escapar dessas rigidezes pelo simples fato de trabalhar com significações subjetivas, partindo da discutida “compreensão” dos sentidos dos sujeitos, difíceis de padronizar, estandardizar e enumerar, ao tratar-se de sentidos culturalmente diversos.

Portanto, o processo de submissão do projeto de pesquisa talvez convide a advertir o jogo de lutas pela autoridade científica, o que, segundo Bourdieu, trata-se da luta por uma espécie particular de capital social, interligado à política. Em suas palavras: “[o]s conflitos epistemológicos são sempre, inseparavelmente, conflitos políticos” (BOURDIEU, 1983, p. 3); e “[o]s dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem.” (BOURDIEU, 1983, p. 7).

Então, me pergunto, será que a bandeira da bioética, nascida após os juízos de Nuremberg, seguindo o princípio de “respeito à pessoa”, codificada em várias declarações a partir dos anos 60 e formulada como resolução no Brasil no ano 1996, acaba se tornando a compreensão privilegiada da “ética”, e ao fim a tal dominação? Será prudente considerar outros modos de entender e resolver as questões éticas imbricadas inerentemente no fazer antropológico?

Como traça Schmidt, a antropologia se caracteriza pela:

[...] autorreflexão e o autêntico respeito pela alteridade. São elementos, por isso, que sugerem ou suscitam o conceito de ética como morada ou modo de habitar o mundo, e mais particularmente o mundo da produção do conhecimento. Dessa forma a concepção de ética como morada não se apresenta como antídoto para os efeitos políticos e ideológicos produzidos na e pela pesquisa, mas ao contrário, como considerações destes efeitos no âmbito das escolhas e responsabilidades do pesquisador. As relações de poder e os efeitos ideológicos não se situam num tempo posterior ao processo de pesquisa como modos espúrios ou corretos de apropriação dos produtos da ciência. Estes efeitos são produzidos no decorrer da pesquisa e constituem as relações de colaboração e interlocução. A ética reporta, exatamente, ao modo de lidar, tematizar e agir no interior dessas relações quase sempre, de partida, assimétricas e hierárquicas. (SCHMIDT, 2008, p. 48).

Assim, a noção de ética como morada, situada no coração do processo de produção do conhecimento antropológico, opera como uma dimensão exclusivamente vincular e situacional, que muito dificilmente consegue se constituir como um dispositivo moral que opere com anterioridade e desde fora do trabalho de campo. Continua Schmidt: “[o] controle externo nega a autonomia, definidora da ética, em favor da heteronomia.” (2008, p. 50). Isto é, a realização desse monte de documentos que formam parte da avaliação dos CEP parece operar, por um lado, como aval da autonomia dos participantes, garantindo seus direitos mínimos, como também das instituições envolvidas, e por outro lado como proteção do pesquisador, que passa a ter uma autonomia relativa ligada a tais procedimentos.

A noção de ética como morada leva a pensar nas particularidades dos princípios éticos antropológicos que dependem inexoravelmente das relações que vão se tecendo no decorrer do campo, e que implicam, de maneira inerente, por um lado o questionamento ético que deveria estar no começo de toda pesquisa ao projetar a intervenção do pesquisador no cotidiano dos sujeitos envolvidos, sob a justificativa dos interesses científicos, e por outro o fato de que tais sujeitos tornam-se copartícipes na produção de dados, na medida em que vai se descortinando sua intimidade. Portanto, a noção de ética como morada exige pensar também nas ambiguidades e complexidades relativas à inserção do pesquisador no mundo desses “outros”, e às sutilezas e minúcias do vínculo pesquisador-nativos, que dificilmente podem se prever com procedimentos documentais.

Nessa sequência de envios do projeto e de correções, senti que precisava delinear critérios éticos no ar, sem estabelecer contato com os interlocutores e participantes da minha pesquisa, sem desenvolver minha intuição sobre o que poderia causar incômodo numa entrevista, ou quando me afastar de uma cena na que minha presença pudesse infringir a intimidade de uma mulher. Assim que recebi a resolução, senti limitada a possibilidade de desenvolver esse olfato e olhar de pesquisador, que imerso no trabalho de campo aprende a se

colocar, a recuar, a abrir ou fechar as perguntas, a criar trilhas que não estão definidas de antemão, a vislumbrar quando se aproxima um momento imprevisível e agir em consequência.

Vejo então que a dominação exercida no campo científico às ciências humanas toma notoriedade ao invalidar uma metodologia pelo fato de não se ajustar aos métodos legitimados no âmbito das ciências médicas, e impondo como única alternativa um método regulador e normatizador que seja o mais parecido com seus métodos de pesquisa. Isto abre duas questões recorrentes nas reflexões sobre ética e antropologia. Por um lado, o problema da inexistência da representatividade das ciências humanas nos CEP – neste caso o projeto foi avaliado por pessoal que não tem domínio da linguagem nem da teoria antropológica, o que pode sugerir que essa exclusão afirma a dominação de um campo sobre outro. Por outro lado, produz a necessidade de argumentar algo já muito sabido na antropologia: a metodologia, assim como a ética, são construções vinculares, processuais e situacionais, que vão se esclarecendo no trabalho de campo e que claramente estão atravessadas por dimensões políticas. Algo assim como a frase do poeta Antonio Machado: “se hace camino al andar”. Recorrentemente, as escolhas do pesquisador em campo vão desenhando a metodologia, e estão de maneira inerente tingidas de um viés político e ético. Isto é, a metodologia é uma operação de trabalho interligada às escolhas e à imprevisibilidade, que são também escolhas políticas.

Por último, outra informação solicitada pelo CEP foi: quais exatamente serão as perguntas às mulheres e onde serão, já que nos corredores e sala de espera da instituição (como era previsto), não poderiam acontecer. Embora tivesse um formato de entrevista esboçado, é interessante lembrar que no campo as entrevistas vão acontecendo às vezes em conversas informais e abertas, nas quais a procura do pesquisador não é afirmar tal ou qual hipótese, se não se abrir ao mundo de experiências e significações do nativo. Assim, a entrevista como instrumento metodológico pode ser desenhada previamente só como uma ferramenta para apontar os tópicos chaves que norteiam o trabalho do pesquisador, e não como um documento rígido que tenta ser preenchido com as respostas dos participantes.

Resumindo, após a experiência de submeter o projeto aos CEP e as discussões na sala de aula relativas ao conteúdo dos projetos de pesquisa da turma, sinto necessário reafirmar que o projeto de pesquisa em antropologia é um norte, um horizonte, um chão para partir e organizar a proposta de trabalho, mas o que acontece efetivamente no trabalho de campo pode interpelar esse chão e por sua vez assegurar algumas ideias, abrindo um leque de possibilidades inesperadas porque trata-se justamente do contato com o “desconhecido” aos olhos do pesquisador. Assim, esse contato mexe com nossas categorias prévias, limpa rigidezes do olhar, e embora ainda não estivesse em campo, esse foi justamente o exercício ao que me entreguei

em todo esse tempo de espera.

Há ainda duas questões a ressaltar. Por um lado, a suposta relevância dos documentos e burocracias como garantias da proteção e preservação das identidades dos sujeitos participantes da pesquisa. Confesso que foi bastante frustrante elaborar cinco modelos diferentes de TCLE, o documento que segundo os critérios éticos dos comitês protege aos participantes, e mesmo assim não passar pela instância de avaliação final. Além disso, sinto que esse documento, longe de abrir os participantes ao diálogo, pode carregar a entrevista de uma excessiva formalidade, aumentando a distância, sobretudo pelo fato de ter que ser assinado. Verdadeiramente não me imaginava solicitando a assinatura a uma mulher em seu puerpério imediato, na cama da Maternidade enquanto aprende a amamentar. Por sua vez, segundo Langdon, Maluf e Tornquist (2008), o vínculo com as/os participantes mediados pelo documento não estaria livre de outras preocupações e perguntas de maior amplitude, que tem a ver com a posição teórica e política do pesquisador.

O pesquisador, ao se tornar portador do termo e com aprovação do comitê de ética, teria, então, “resolvido” as questões éticas de sua própria pesquisa apenas num nível instrumental, liberando-o para, então, abandonar preocupações muito mais amplas que deveriam acompanhá-lo sempre, e que se situam muito além da relação intersubjetiva dele com seu(s) informante(s) (LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2008, p. 139).

Passada a qualificação desta pesquisa e com a contribuição da banca soube que em abril de 2016 saiu uma declaração do Conselho das Ciências Humanas que dispensou os projetos da área de apresentar o TCLE aos CEP, declaração não considerada pelos comitês.

A outra questão tem a ver com a temática específica de estudo. Em meio à espera da resolução dos comitês, o Ministério da Saúde do governo de Jair Bolsonaro anunciou a inadequação do termo “violência obstétrica”<sup>6</sup>, solicitando que fosse abolida tal expressão do desenho das políticas públicas, e foram debatidos novos projetos de lei vinculados ao parto e à cesárea no SUS. É sabido que 90% dos nascimentos no Brasil são através de cesarianas programadas, em um sistema de saúde público e privado organizado sob a hegemonia da biomedicina. É evidente também que a adesão social à prática da cesariana é muito forte. A propósito disso, uma puérpera entrevistada me diz: “num grupo de WhatsApp de gestantes somos 80 mulheres e só duas procuraram um parto natural”, e muitas outras me relataram as

---

<sup>6</sup> Através do despacho do dia 3 de maio de 2019, assinado pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, Mônica Almeida Neri, pelo diretor do departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Marcio Henrique de Oliveira Garcia, e pelo Secretário-Executivo substituto, Erno Harzheim. A questão levou o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público Federal a encaminhar ao Ministério da Saúde uma recomendação para voltar atrás e reconhecer a legitimidade do uso do termo, ficando sem vigência o estabelecido no despacho.

dificuldades, quando imaginaram um parto natural, na hora de enfrentar suas famílias (principalmente a mãe e irmãs), que avaliam positivamente a cesárea e a entendem como uma prática de rotina no processo do nascimento. Ou seja, é importante pensar que apesar das políticas públicas em prol da humanização dos nascimentos e das novas mudanças no âmbito da obstetrícia, há um paradigma médico sólido em que predomina a prática da cesárea, como também uma ativa reflexão sobre as práticas de parto acontecendo no tecido social. Isso leva a entender que o CEP, como órgão de controle, é um órgão vivo, isto é, está constituído por sujeitos, cada um com sua posição, experiência e parecer em relação à temática em questão. Portanto, embora o projeto de pesquisa não tivesse a intenção de analisar exclusivamente a instituição em si, nem fazer uma avaliação sobre seu funcionamento, mas sim enxergar as práticas institucionais e as demandas e sentidos das usuárias do serviço, pode-se compreender que o comitê da SMS, imerso nesta conjuntura política e social, tenha rejeitado o projeto.

Por último, todo esse processo, tanto epistemológico quanto emocional, foi me indicando novas direções. Os espaços domésticos e a cidade apareceram com maior relevância e com eles novas perguntas e tópicos se abriram.

Assim, o capítulo um busca traçar uma aproximação ao contexto histórico e espacial da MBN, na busca de compreender o universo em que está inserida a instituição e em que transcorre a vida de uma parte da população usuária do serviço. O capítulo dois tem lugar a partir da voz das usuárias do serviço da instituição, redesenhando seus itinerários durante a gestação, à luz de suas noções sobre corpo, parto e maternidade; e por outro lado contém minha própria aproximação à instituição em uma visita técnica. O capítulo três faz ênfase nas interações das mulheres e seus acompanhantes com a instituição no momento do parto, mostrando os interstícios entre os protocolos institucionais e as possibilidades criativas dos sujeitos nesse meio. Por último, as notas conclusivas condensam os resultados deste trabalho.

## 1 A MATERNIDADE BAIRRO NOVO EM CONTEXTO

Sinto-me nascido a cada momento.

Para a eterna novidade do mundo.

(Fernando Pessoa)

### 1.1 Antropologia na cidade: dinâmicas urbanas e contexto espacial

Em meados de maio a espera da resolução do comitê da SMS estava se tornando difícil. Sentia que, além de dedicar o tempo a fazer leituras, o panorama ia contra a tentativa de cronograma feita, que projetava que em março eu estaria no campo. Havia começado a entrevistar algumas mulheres puérperas que tinha contatado entrando em redes de sociabilidade virtuais. A maioria delas não morava na região sul da cidade, onde está situada a MBN, e tinham escolhido ir parir lá. No dia 21 de maio aconteceu um evento inesperado que movimentou meu olhar e abriu o caminho da pesquisa. Tinha ido de manhã a uma amiga terapeuta para fazer um floral que me ajudasse a acalmar minha ansiedade, e havia combinado com a senhora que limpa a casa de meu vizinho para que à tarde ajudasse a fazer uma limpeza profunda em minha casa. Era a primeira vez que chamava alguém para isso. Peguei meu filho da escola e cheguei em casa perto das 13 horas, com muita fome e com a necessidade da criança de fazer a soneca. Ao chegar em casa, a senhora me falou que não poderia vir, mas que estava chegando uma parente, a Pamela<sup>7</sup>. Alguns minutos após Pamela chegou, e na correria de colocar meu filho para dormir e fazer o almoço, a moça começou a conversar comigo, fazendo comentários sobre a casa do tipo “nossa que bagunça”, “olha que chique”, perguntando-me coisas sobre mim, e mostrando-me fotos de seus filhos. Verdadeiramente, nesse momento estava priorizando a necessidade de meu filho, tornando-se um pouco incômodo para mim a fala permanente daquela moça e sua demanda de atenção. Logo me juntei a ela na limpeza, e continuou fazendo-me perguntas sobre minha vida, fazendo com que eu me sentisse interpelada por completo. Nesse momento me perguntou em que trabalhava. Minha resposta foi, “estou estudando, você já ouviu sobre o parto humanizado?”. Ela abriu um sorriso e respondeu: “sim, esse negócio não é para mim, eu não dilatei e fui para cesárea”. Aí comentei que estava fazendo uma pesquisa na MBN e ela novamente abriu um grande sorriso que mostrava dos dentes e exclamou: “eu pari lá”. Nesse

---

<sup>7</sup> Se expõem os nomes reais das mulheres puérperas entrevistadas, sob sua autorização. No entanto, se usam nomes fictícios para as mulheres que formam ou fizeram parte da equipe da instituição.

momento percebi uma veloz alteração de energia em meu corpo que me colocou em outra disposição na conversa, sentindo vontade da troca de papéis: agora eu ia perguntar a ela. Pamela falou: “a Maternidade é muito boa, muito top. Eu preenchi um formulário ao sair de lá e coloquei que tudo havia sido muito bom para mim, até achei muito legal isso de fazer uma devolução”.

Ela morava no Xaxim, bairro do lado de Bairro Novo e queria muito me contar sua experiência, mas eu limitei a fala convidando-a a ter um encontro tranquilo o dia seguinte, preferencialmente em sua casa. Então, marcamos a entrevista para o dia seguinte.

Embora eu já tivesse ido uma vez para a MBN, o encontro em minha casa com a Pamela e a viagem de carro a sua casa acordaram em mim algumas questões que direcionaram meu olhar para além da MBN e das grávidas e puérperas. Em primeiro lugar me questioneei sobre o fazer pesquisa no contexto urbano. Verdadeiramente senti que dada a impossibilidade de ir para o campo, o campo estava começando em minha casa, da mão de alguém que poderia se tornar talvez uma informante chave. E aí me perguntei sobre a peculiaridade das pesquisas urbanas, em que o pesquisador e os participantes compartilham espaços públicos da cidade, transporte e itinerários que habilitam cruzamentos e a possibilidade de se encontrar, como parte das dinâmicas que constituem a cidade. No entanto, pesquisador e participantes podem fazer parte de universos diferentes, compartilhando algumas significações e práticas e diferenciando-se em outras, distância ou diferença que facilita o “estranhamento”. Segundo Neide de Souza Praça (GUALDA et al, 2017), parafraseando Velho (2013), “ainda que próximos fisicamente, nem todos os habitantes de uma dada sociedade compartilham os mesmos aspectos culturais, e que mesmo convivendo no mesmo contexto urbano, a distância cultural permite ao pesquisador estudar grupos diferentes do seu.” (GUALDA et al, 2017, p. 117).

Por outro lado, poderia dizer que fiz minha primeira viagem ao campo aquele dia que fui para a casa da Pamela, e aos poucos encontrava-me viajando todos os dias aos bairros da região sul para fazer entrevistas na casa de mulheres puérperas, enquanto aguardava a resolução do comitê. Essas viagens eram sempre de carro, depois de levar meu filho à escola, e aproximadamente às 8:30 da manhã estava chegando lá. Quase inevitavelmente comecei a perceber que a viagem fazia parte do campo, porque as imagens da cidade que iam se apresentando à medida que dirigia me produziam perguntas, abriam meus olhos e minha atenção, e me marcavam uma nova direção. A primeira imagem que começava a perceber a caminho do Boqueirão, Sítio Cercado, Bairro Novo, CIC, Pinheirinho, nessa hora da manhã, é a do céu, aberto, amplo, aquele céu que você enxerga sem olhar para cima, o céu que está na frente porque as torres não o cobrem. Longe de romantizar, o que quero dizer é que a linha do

teto das construções não supera os três andares, predominando as casas simples, que não tem construções acima e correspondem-se com a tipologia de casa pequena de bairro periférico, muitas delas com quartos ou outras casas anexadas no terreno. Assim era a casa da Pamela. Ela me contou que seu pai adquiriu dois grandes lotes quando ainda não existia o bairro, segundo ela na época “era tudo mato”. Nesses lotes foram levantadas as casas para toda a família, uma ao lado da outra, e uma atrás da outra, com corredores sem teto que as conectam e dividem, por exemplo, o banheiro ou a cozinha dos quartos. A casa da Pamela era um pequeno quarto com uma cama de casal montada embaixo de outra cama, tipo beliche, uma mesa pequena, um roupeiro, e uma pia. Ali moravam dois filhos adolescentes, o Bernardo, de quase um ano, nascido na MBN, ela e seu marido, que viajava durante a semana e passava ali os finais de semana. Do outro lado do corredor de entrada estava o banheiro, separado de sua casa e da casa dos parentes. Ao chegar à sua casa a expressão de seu rosto me informava que tinha um pouco de vergonha ou timidez enquanto me pedia desculpas pelo espaço limitado, e me contava que queria pedir emprestada a casa de sua tia (que morava ao lado) para me receber, porém a tia havia saído, e então me convidou a entrar. Muito rapidamente começou a manifestar alegria por estar sendo ouvida e visitada. Enquanto ela lavava a louça e os filhos maiores brincavam com o bebê, procurei uma cadeira e começou nossa conversa.

Outra entrevistada no Boqueirão, a Leticia, após seu bebê nascer, saiu da casa dos pais e foi morar numa casa dos fundos num lote onde estava a família de seu marido ao lado. Também a Samara, no CIC, construiu com seu marido uma casa em cima da casa de sua sogra. Assim, trata-se de casas que vão se montando aos poucos uma sobre a outra, ou do lado da outra. Essa lógica habitacional pode dizer algo em relação às práticas de sociabilidade feminina no processo de gestação, parto e puerpério. Mas antes de entrar nisso, há outra imagem que percebia cada dia que viajava para a região sul. Era uma cena de quietude, nessa hora, chegando às 9 da manhã. Passava pelo centro da cidade, que já estava muito agitado, com movimento, cheio de carros, ônibus e pedestres, chegava lá e ficava admirada porque os cachorros estavam dormindo no meio das ruas, e às vezes nem se moviam quando eu tentava passar. Só as avenidas principais, que operam como ligação aos outros bairros e especialmente com o centro, tinham movimento. As casas ainda estavam com as janelas fechadas, as lojas (muitas lojas, que me indicaram que é uma região comercial) abrindo as portas e com os primeiros clientes. E meu ritmo descia, como se tivesse a possibilidade de acordar de novo junto ao despertar do bairro. Portanto, em geral, a maioria das puérperas que visitava estavam recém acordadas quando eu chegava, e compartilhamos o café da manhã. Em várias ocasiões recebi uma mensagem enquanto conduzia à casa de alguma delas, se desculpando por não poderem me receber nesse



dia marcado, já que não haviam passado um boa noite com a criança e estavam precisando dormir. Outras vezes não recebia mensagem, chegava lá e as janelas da casa me indicavam que estavam dormindo.

Então, na medida em que atravessava a dificuldade de entrar na MBN para começar a pesquisa, o campo já estava acontecendo e meu olhar estava indo para esses aspectos da geografia e das dinâmicas urbanas nas quais achava fontes de dados. Mesmo assim, não é exclusivamente na forma, na matéria da cidade onde eu focava o olhar, se não justamente nas dinâmicas que essa matéria supõe, não como suporte, mas sim como trama inseparável de matéria e práticas sociais. Segundo o arquiteto Aldo Rossi, a base da leitura da cidade é o conteúdo social. Os fatos sociais, enquanto se apresentam precisamente como conteúdo, precedem às formas e funções, e por assim dizer as compreendem (ROSSI, 1986).

Então, para me aproximar mais um pouco da leitura da cidade, procurei na internet mapas da região sul e tentei me abrir ao que eles podiam me sugerir sobre a população. Assim, me propus a mapear superficialmente a trama urbana dessa região em prol do reconhecimento de suas dinâmicas socioculturais mais significativas, visando reconhecer o contexto próximo à MBN, gerador de sentidos e práticas da população usuária de seu serviço, contexto em que ela está parcialmente inserida e, portanto, hipoteticamente em diálogo com sua assistência.

Tinha abordado questões urbanas em minha tese de graduação em história, reconstruindo processos culturais urbanos, e tive meu primeiro encontro com reflexões vinculadas ao espaço urbano ao fazer uma disciplina sobre geografia humana. Assim, voltei para esse registro de leituras e comecei a me aproximar da MBN, partindo de seu raio de assistência, marcando nos mapas as avenidas principais, viajando a elas, visitando os postos de saúde, identificando escolas, áreas verdes, terminais e tubos de ônibus. Levando também a atenção ao traçado urbano e ao relevo do solo, que em comparação com as elevações ou morros do centro e norte da cidade, é mais plano. Mesmo assim, a casa da Pamela no Xaxim está numa subida pronunciada e ela me falou: “daqui pode ver quase todo o bairro”. E o que vi às 11 da manhã era isso, casas simples, ruas com pouco movimento, e verde, as araucárias se impondo como em toda a cidade.

Pesquisei então um pouco sobre o processo de organização territorial dos bairros do sul, que curiosamente constituem muito mais que o sul da cidade, pois envolvem o que é o centro geográfico dela, que não se corresponde com o centro “administrativo e comercial” onde estão as ruas para pedestres, o centro histórico e os edifícios das principais instituições públicas. Me perguntei sobre o desenvolvimento dos processos de urbanização que caracterizam as médias e grandes cidades latino-americanas, principalmente o surgimento das periferias ou

malhas urbanas das últimas décadas do século XX. Me perguntei também como usualmente a geografia entende a periferia, o que é uma periferia para mim, e o que acham as entrevistadas sobre o espaço que habitam. Vi que minha ideia de periferia, criada através da experiência de trabalhar em escolas da periferia de Córdoba (Argentina), não se encaixava com o que estava enxergando. E, embora depois de consultar alguns trabalhos geográficos, sociológicos e urbanísticos locais, veja que as dinâmicas atuantes no surgimento dos bairros da periferia de Curitiba são semelhantes às de muitas cidades, isto é, processos de gentrificação, de revalorização do solo no centro e resgate do patrimônio histórico, de exclusão das camadas populares às margens, de espoliação urbana (conceito que envolve a autoconstrução da moradia, ver Kowarick, 2000), ainda assim vejo singularidades que formam parte do que pode ser um processo de urbanização especial de Curitiba, cidade auspicada pelo grande marketing ao redor de seu planejamento urbano.

Chamaram minha atenção a quantidade de postos de saúde nos bairros do sul, o traçado e linhas do ônibus e a limpeza das ruas, e me deram a sensação de uma periferia contida na cidade, ao invés da sensação de afastamento e abandono que produzem a maioria das periferias quando se as olha desde o centro. Percebi então a existência de uma rede pública de suporte aos serviços e direitos básicos, privilegiando em meu olhar a saúde, e pensei que se algo caracteriza as periferias é o acesso limitado aos serviços públicos e bens de consumo. Assim, o peculiar sistema de transporte público com canaletas exclusivas para os ônibus e paradas tubos, como também o diagrama de unidades de saúde por região, parecem se constituir em eixos fundamentais da integração da periferia. Segundo um estudo topológico do transporte urbano público, os bairros do sul formam parte dos “corredores integrados interbairros e expressos” no desenho do transporte, o que tenta garantir o “direito à cidade”, o que seria “o direito de toda a população, independente da renda ou da situação de formal ou informal, aos benefícios culturais, históricos, sociais, econômicos, políticos, legais, ambientais oferecidos pelo dinamismo do modo de viver em cidades e nas aglomerações urbanas” (POLLI; MENDES; LOURENÇO, 2016, p. 2). E embora alguns estudos sobre o planejamento do sistema de transporte urbano indiquem que as paradas de ônibus predominam em regiões onde a população têm mobilidade própria, sendo ainda precário na zona sul e no CIC (onde tem muitas linhas de ônibus saturadas), a integração da região à rede de transporte torna-se um dos pilares da integração da periferia à cidade. Por outro lado, a rede de postos de saúde e sua distribuição na cidade obedecem a um planejamento do SUS e da Prefeitura. Segundo o trabalho de Santos (2012), o serviço de saúde na cidade se organiza a partir de Distritos Sanitários, que são instâncias administrativas do sistema de saúde subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde.

O Distrito Sanitário do Bairro Novo compreende os bairros Ganchinho, Umbará, Campo do Santana, Sítio Cercado e Caximba, e envolve 12 unidades de saúde.

A proximidade e o acesso da população aos postos de saúde poderiam me dizer algo sobre as experiências das mulheres em relação aos processos de gestação e parto. Nessa periferia que visualizei contida na trama urbana, tem lugar a única Maternidade reconhecida como *humanizada* na cidade (tanto pelos grupos de médicos e enfermeiras obstétricas ligados às novas teorias obstétricas quanto por uma parte da sociedade e militantes do parto humanizado), o que a torna um possível centro no âmbito da humanização. Me perguntei o que isso poderia significar para as mulheres e lembrei a expressão da Pamela, “a Maternidade é muito top”.

Seguindo minha observação sobre a tipologia das construções consultei alguns textos, entre eles o estudo sociológico de Teixeira e Bega (2018), que afirma que a extensão da mancha urbana em direção ao sul se deu pela expansão de moradias irregulares, informais e autoconstruídas, em algumas ocasiões seguindo a prática de mutirão ou solidariedade entre os parentes. Trata-se de áreas que foram antigas fazendas e passaram a conter o crescimento da população, principalmente pela chegada de migrantes de outros estados, pelo êxodo rural, e o avanço da indústria. Consequentemente, segundo este trabalho, essa região foi integrada às políticas de urbanização e integração à cidade a partir dos anos 90, na procura de evitar o surgimento de favelas e assentamentos sem teto. “O poder público se vê obrigado a reconhecer o impacto das ocupações e o quanto estão integradas no desenvolvimento da cidade, a ponto de promover a regularização e a urbanização de várias dessas áreas nas últimas décadas.” (TEIXEIRA; BEGA, 2018, p. 152).

Embora alguns autores da geografia entendam a segregação e desigualdade social como dimensão inerente à lógica de urbanização centro-periferia que se deu na maioria das grandes cidades brasileiras a partir dos anos 70, Teixeira e Bega reconheceram em Curitiba um padrão de organização territorial citadina, a partir dos anos 90, que se distancia da lógica de centro-periferia, e se caracteriza pela participação do mercado imobiliário, intervindo nas dinâmicas territoriais com formas informais de acesso à moradia, destacando-se a produção de loteamentos clandestinos e irregulares nos bairros da região sul.<sup>8</sup> Então, sem entrar nos debates

---

<sup>8</sup> Segundo Teixeira e Bega o slogan de “cidade ecológica” e “cidade mercadoria” influiu na chegada da população que veio de outros estados ou de áreas rurais, e a participação do mercado imobiliário nesse processo de expansão da malha urbana através de mecanismos irregulares facilitou então o acesso, isto é, a compra de terrenos para a construção das moradias. Segundo Gorelik, “[s]e produz ao longo da década de 1990 um verdadeiro modelo ‘de exportação’, de forte impacto em toda a América Latina: assim funciona o ‘planejamento estratégico’. Trata-se de modelo urbano que propõe assumir os limites da gestão pública e aceitar a dimensão mercantil do território metropolitano, incorporando francamente os capitais privados à reforma urbana, concebida de modo fragmentário,

da geografia urbana, talvez enxergar as dinâmicas urbanas para além da visão centro-periferia leve a reconsiderar os jeitos de pensar a segregação social, precisando outras camadas de análise (e aqui entra a riqueza etnográfica) na hora de observar, por exemplo, questões relativas ao acesso à saúde pública em vinculação à trama urbana. Voltando à pergunta do início, o que a história desse contexto espacial e suas dinâmicas urbanas me dizem sobre a população usuária da MBN e suas práticas?

Seguindo documentos oficiais do site da Prefeitura, Bairro Novo é uma das regionais com maior população na cidade, composto pelos bairros Ganchinho, Sítio Cercado e Umbará, e 50% da população são crianças e jovens. A propósito, a maioria das mulheres entrevistadas são mães de primeira viagem muito novas (entre 20 e 23 anos). Numa entrevista com uma enfermeira, lhe perguntei sobre a faixa etária das parturientes, e me disse que a maioria das mulheres tem entre 15 e 25 anos.

A população se desempenha como mão de obra no ramo industrial e no comércio varejista, ou como trabalhadores autônomos, e a renda é média e baixa. Nas viagens de volta do campo, conduzindo pelas linhas da rodovia, enxergava as indústrias e o intenso tráfego de caminhões. Segundo Santos (2012), a população pode se caracterizar de “heterogênea”, isto é,

[h]á famílias que vivem em condições de extrema pobreza, tirando sustento de programas governamentais de acesso a benefícios (como cesta básica) e de repasse de renda (como bolsa família) e/ou trabalhando como catadores de material reciclável. Outras famílias têm rendimento de até quatro salários-mínimos. A escolaridade também é bastante variável. Os mais velhos têm baixa escolaridade e alguns (poucos) são analfabetos; os adultos cursaram, na maioria, ensino fundamental completo e alguns o ensino médio. As gerações mais jovens cursam ensino médio e alguns o terceiro grau. Todas as crianças estão matriculadas em escolas, principalmente escolas públicas da região. (SANTOS, 2012, p. 53 e 54).

Muitas mulheres trabalham de diaristas, como é o caso da Pamela e as mulheres de sua família, e resolvem a maioria de suas atividades no bairro. No dia em que visitei ela, um dos filhos mais velhos ia perto do meio-dia buscar uma sacola com pão e outros alimentos num local do bairro que fazia entrega de alimentos gratuitos todos os dias. Logo iam para a escola.

Nas entrevistas às mulheres era comum ouvir “fui ao postinho daqui”, sinalizando a proximidade do posto de sua casa. A maioria delas me diz que em caso de doença acode ao médico, indo para o posto de saúde do bairro. A unidade de saúde em geral (no caso das mulheres entrevistadas) está bem perto da casa, aberta todo o dia, e logo após a consulta médica

---

como peças urbano arquitetônicas que enfatizam a capacidade da forma arquitetônica, tanto no plano das necessidades identitárias da cidadania como no valor de commodities dos edifícios e locais urbanos”. (GORELIK, 2008, p. 13)

é possível retirar a medicação de graça. Isso é bem distante de minhas noções de saúde pública de origem, já que na cidade onde eu cresci geralmente a população tem que se deslocar para chegar a um hospital, aguardar horas para ser assistida, e comprar sua medicação.

Só duas mulheres entrevistadas manifestaram ter conhecimentos sobre ervas (uma delas diz herdar tal saber de seu avô) e preparar infusões antes de recorrer à consulta médica. E só uma mulher manifestou evitar dar antibiótico aos filhos e se identificar com a maneira que a homeopatia compreende a saúde e a doença, porém não conseguir custear um médico homeopata. Pamela me diz que a coisa que mais causa sofrimento e medo em sua vida é ver seus filhos doentes, e que tenta sempre procurar medicação de imediato no posto de saúde. Porém me contou que às vezes, nessas situações, se apoia na fé, acendendo velas, e que sua tia que mora em frente e a quem ela descreve como “evangélica fanática” não gosta disso. Assim, consciente dos laços entre saúde/doença e espiritualidade nos espaços onde aconteciam as entrevistas (quase sempre na primeira sala da casa), levei minha atenção aos cantos e móveis onde muitas vezes estão os altares, mas em nenhuma sala principal achei símbolos de devoção, assim como nenhuma mulher me diz recorrer a benzedadeiras e curandeiras.

Segundo Hernáez (2008), o que se entende por saúde segundo a OMS (isto é, um estado de bem-estar geral, para além da ausência de doença) não é definível sem levar em conta a interdependência entre normalidade biológica e variabilidade social, ou seja, o que se compreende por bem estar é certamente diverso, não só trans culturalmente mas também no mesmo contexto social. Nesse intuito, a antropologia médica avançou nos últimos tempos em busca de interpretar os contextos, a voz das pessoas, seu universo de sentidos, seus valores e representações em relação à saúde, contra a tentativa do modelo biomédico de excluir a biografia do paciente e suas condições sociais e materiais de existência em privilégio da doença ou evento, como, por exemplo, o parto. Pois então, o que acontece em uma Maternidade que procura ser “humanizada”? Quais noções de humano estão implicadas? Como dialogam com as práticas e sentidos das mulheres em relação a seu corpo, ao parto, à maternidade, com as normativas institucionais dos postos de saúde e de uma Maternidade cuja assistência parte do respeito ao protagonismo da mulher na hora do trabalho de parto? Como abordar o processo do parto integrando a esses universos a trajetória e o contexto em que acontece a vida da mulher, suas significações, e o modelo hospitalar humanizado? Emily Martin, em seu trabalho “A mulher no corpo” (2006), enuncia uma pergunta que se torna adequada e inspiradora: se a fragmentação na linguagem comum que empregamos para falar sobre parto é em parte resultado da maneira pela qual a medicina científica define e trata o parto, o que acontece quando as mulheres se preparam para parir em um cenário diferente, segundo princípios diferentes?

Essas perguntas foram norteando a pesquisa, por isso enxergar alguns aspectos relativos ao contexto próximo à instituição em que se desenvolve a vida das usuárias não deixava de ser relevante. Várias das mulheres puérperas entrevistadas não trabalhavam nesse momento, sendo o parceiro quem garantia a renda da família. Elas ficavam na casa e dedicavam-se por completo à maternidade e às tarefas domésticas. Às vezes contavam com a ajuda da mãe, da sogra, da cunhada, que moram na mesma casa ou na casa do lado. Essa proximidade com as parentes, em parte pela lógica habitacional, fez com que a experiência de parto das mulheres mais velhas fosse conhecida pelas mais jovens, que tentam orientar sua vivência de gestação e parto em oposição ou semelhança aos eventos reprodutivos das mulheres mais velhas.

Por outro lado, na fala delas, e de alguns trabalhadores dos postos de saúde ou das lojas do bairro que me perguntavam o que estava fazendo lá, percebi que em geral para os vizinhos do bairro a MBN é “a Maternidade”. Não é preciso dizer de qual Maternidade se está falando. Todos sabem que existe essa instituição no bairro, que ela é relativamente nova, e que dos postos de saúde as gestantes são encaminhadas para lá. Assim, parece ser uma das instituições públicas fundamentais do bairro. À medida que avancei nas entrevistas, e sobretudo quando entrevistei as doulas e uma enfermeira que trabalham lá, comecei a sentir um muro permeável nas paredes da instituição, como se esse contexto de fora entrasse constantemente nela, na história de vida de cada mulher que vai parir lá, vitalizando a instituição dos sentidos dessas mulheres; mas, por outro lado, produzindo o movimento oposto: uma instituição afim à biomedicina, com uma proposta, um planejamento, um discurso, um paradigma, também carregado de sentidos sobre o que é o corpo, a dor, o parto, a maternidade, reverberando na construção de noções, significações, subjetividades e práticas das mulheres. Esse mundo próximo de fora da instituição e as experiências das mulheres dentro dela foram se entrelaçando, no decorrer da pesquisa, num diálogo que se constitui na trama que provém os dados etnográficos a partir dos quais tento fazer esta caminhada.

## **1.2 Uma conjuntura histórica: a mudança do modelo obstétrico da Maternidade Bairro Novo na trama de políticas públicas**

Esta seção do capítulo versa sobre um momento especial da vida da instituição, portanto está limitado por um recorte temporal que se inaugura com a devolução da instituição à Prefeitura de Curitiba (2013) por parte do Hospital Evangélico (que conduzia sua gestão), e se fecha com a saída das autoridades (2017) que incentivaram as mudanças no modelo

obstétrico institucional entre esses anos.

Esse processo de redefinição da gestão e do paradigma obstétrico encontra-se profundamente ligado tanto ao desenvolvimento de políticas públicas no país, quanto às mudanças teóricas no âmbito da enfermagem obstétrica, relativas à assistência dos processos gravidez-parto-puerpério. Por conseguinte, seria precário analisar os movimentos da MBN como se respondessem a uma transição isolada, já que, justamente por se referir a um evento local interligado a um processo de mudança na assistência à saúde reprodutiva da mulher de maior escala, traz à tona questões relativas à implementação de políticas públicas e de novos saberes obstétricos, num contexto particular. Assim, me parece apropriado o conceito de “conjuntura” para pensar esse conjunto de relações delimitadas temporalmente. Em chave braudeliana (BRAUDEL, 1987), a conjuntura obedece aos processos históricos de média duração, intermediários entre a estrutura constituída na longa duração e a efemeridade do acontecimento ou evento. Nesse sentido, Sahlins (1987), em sua crítica ao estruturalismo, vai um pouco mais longe, usando o conceito “estrutura da conjuntura” para atender aqueles processos de mudanças ou transformações culturais que atuam como reprodução e transformação da estrutura, sem se tratar diretamente do acontecimento fugaz. Em suas palavras, a estrutura da conjuntura é “um conjunto de relações históricas que, enquanto reproduzem as categorias culturais, lhes dão novos valores retirados do contexto pragmático” (Ibidem, p. 160). Portanto, toda mudança aparece em parte como reprodução de ideias culturais existentes que vem da estrutura, mas também como diferença. Sahlins, como parte dos teóricos da prática (ORTNER, 2011), argumenta que toda estrutura se torna eventual pois os significados da ordem cultural estabelecida só se realizam como evento do discurso ou da ação. Assim, seguindo seu pensamento, as significações culturais – em transformação – tecem um fio entre as três dimensões temporais. Por conseguinte, sem tentar organizar e abordar forçadamente o material etnográfico em função desse modelo teórico, mas como instrumento operativo de análise, consigo visualizar esse recorte temporal, as relações que ele comporta, e sua potência de irrupção e transformação nos significados e práticas culturais relativas à obstetrícia e ao mundo da saúde e autopercepção feminina como uma *conjuntura*, na medida em que opera como dobradiça entre passado e presente, e entre estrutura e evento.

Isto é, pode se pensar em uma conjuntura constituída em duas escalas: por um lado, no contexto local, o período de mudança da MBN; e por outro lado, numa escala maior, a trama de novas políticas públicas, de maneira conjunta ao desenvolvimento de novas evidências científicas obstétricas, às experiências de humanização de outras maternidades no Brasil e ao movimento em prol da humanização do parto conduzido pela REHUNA. Assim, esta

conjuntura opera como um momento de clivagem na longa duração do paradigma “tecnocrático” de assistência aos partos (DAVIS-FLOYD, 2009), muito referido neste campo temático. Segundo Tornquist,

Em linhas gerais, pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais. (TORNQUIST, 2002, p.483).

Davis-Floyd, logo após Jordan (1978, 1993), fundou os estudos antropológicos vinculados às práticas de parto e à obstetrícia, ainda que se trate de uma temática presente em outros estudos antropológicos clássicos, como por exemplo “Sexo e Temperamento” da Margaret Mead (1979) ou “A eficácia Simbólica” de Lévi Strauss (2008). Segundo Gualda et al (2017), para Davis-Floyd “os rituais que envolvem o nascimento esboçam comumente a mitologia dominante de uma cultura. No caso da sociedade ocidental, a mitologia é a da tecnocracia” (Ibidem, p.63). Nas palavras de Davis-Floyd:

Com a industrialização emergiu uma necessidade, baseada no medo, de controlar a natureza, que combinada como a hegemonia da biomedicina, novamente produziu práticas de parto transculturais relativamente uniformes, embora essas sejam significativamente diferentes dos modelos pré-modernos. (DAVIS-FLOYD, 2017, p. 93).

E detalha algumas características desse modelo:

Hoje, como resultado da transformação do parto durante as eras industriais e tecnocráticas, mulheres normalmente não são autorizadas a comer, beber ou andar durante o trabalho de parto. Vestidas com camisolas e presas a equipamentos de infusão intravenosa que frequentemente infundem ocitocina, antibióticos profiláticos e narcóticos para a dor, elas dão à luz deitadas ou semideitadas. As diferenças mais notáveis no tratamento médico contemporâneo do parto tem pouco a ver com



costumes de culturas em particular, mas em vez disso estão ligadas a vastas disparidades entre países de poucos e de muitos recursos [...] Diferenças culturais e tradições são amplamente obscurecidas por procedimentos medicalizados, profundamente padronizados, que atualmente são comuns em quase todas as nações industrializadas ou em processo de industrialização. A tecnologia domou o lobo mau, represando, controlando e homogeneizando o cru, elemental poder do parto. (DAVIS-FLOYD, 2017, p. 98).

Trago estas citações com o intuito de definir e situar o paradigma “estrutural” e “dominante” de assistência hospitalar aos partos e à saúde feminina, paradigma que foi se construindo em sintonia com o crescente poder da biomedicina e, no caso do Brasil, da mão dos projetos higienistas do Estado que tiveram lugar a partir da metade do século XIX, após o período da fundação da República. Com a industrialização e a passagem dos partos a espaços que foram projetados para a cura de doenças, se produz a institucionalização dos nascimentos, trazendo por correlato sua patologização, que se corresponde com a própria patologização da mulher na ginecologia (ROHDEN, 2001). Ela traz junto a medicalização do corpo feminino, corpo entendido como passivo, suscetível de intervenção médica. Nesse contexto aconteceu a introdução da tecnologia no parto, e da figura do médico masculino conduzindo o evento (novo agente das práticas obstétricas), junto à norma da posição passiva da mulher (posição litotômica), recebendo no atendimento uma singular moral médica relativa à prevenção de enfermidades e ao cuidado da família, onde a sexualidade esteve associada às funções de mãe e esposa, as atividades femininas ligadas à esfera privada da família, e a normalidade do corpo da mulher foi entendida como naturalmente patológica (FRANCO, 2015). No decorrer do século XX a cesariana se estabeleceu como uma prática de rotina no cenário obstétrico, constituindo-se numa escolha para muitas mulheres. Portanto, esse paradigma “tecnocrático” vem representando o alvo da crítica do movimento pela *humanização do parto*, que questiona a medicalização e intervenção desnecessárias, mediadas por valores como rapidez, controle, racionalização, perigo, assepsia, e que se constituem em desrespeito e violências para muitas mulheres. O ideal de *humanização* parte da liberdade da mulher no desenvolvimento e controle de seu processo de parto, evitando qualquer prática desnecessária (TORNQUIST, 2004). A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da mulher (DINIZ, 2005). Segundo Tornquist, embora o termo humanização não seja interpretado de forma unívoca, nem mesmo no campo do movimento, pode-se dizer que, a partir dos anos 1990 e 2000 no campo da REHUNA, ele assume os pilares centrais do ideário

do parto sem dor.<sup>9</sup> Como mostra Diniz (2005), o conceito pode envolver vários sentidos, entre eles: o uso da medicina baseada em evidências, o respeito aos direitos (reprodutivos e sexuais, ao acesso universal e ao consumo de tecnologia), o tratamento acolhedor e respeitoso, o manejo da dor do parto e a prevenção da dor iatrogênica (complicações derivadas de práticas médicas), novas atribuições profissionais e disputas corporativas (é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional), a relação custo-benefício, etc.

O Centro Médico Comunitário Bairro Novo (conhecido como Maternidade Bairro Novo), foi construído em 1996, como unidade sob dependência do Município de Curitiba. Embora não conheça detalhes sobre sua origem nem tenha registro documental ou etnográfico do momento prévio à conjuntura que tento reconstruir, as entrevistas e os dados do site da Prefeitura me indicaram que até março de 2013 tinha uma administração indireta sob gerenciamento da “Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba”, que tem a seu cargo o Hospital Evangélico. Os relatos de algumas mulheres vizinhas do bairro, enfermeiras e doulas, coincidem em que a unidade era conhecida popularmente como “açougue” devido à elevada taxa de óbitos de mulheres e bebês. Rosângela, uma ex-doula voluntária e vizinha do bairro de aproximadamente 65 anos, me diz que uma querida amiga sua morreu lá, no parto. Esses relatos me informaram também que a equipe médica era constituída em sua maioria por homens, que assistiam os partos com a ajuda de enfermeiras.

Em 2013 o Hospital Evangélico entregou a MBN à Prefeitura alegando não ter condições financeiras para continuar o serviço, ficando sob gerenciamento da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), fundação que já era responsável pelo Hospital de Idoso da cidade. Tive conhecimento sobre esse processo de transição através do relato da Manuela, da equipe da coordenação da instituição. Cheguei a ela depois de entrevistar as doulas e ouvir várias vezes seu nome. Ela é uma informante especial por tratar-se de uma das pessoas que estimularam a mudança do paradigma de atendimento e assistência. Em quatro horas de entrevista em sua casa, Manuela detalhou minuciosamente os pormenores desse

---

<sup>9</sup> O método do Parto sem dor ou método psicoprofilático proposto por Lamaze questiona a noção da dor e do sofrimento das mulheres no parto e na maternidade, vistas como formas ideológicas e antiquadas de entender o parto e a natureza da mulher, e vinculadas ao mandato bíblico “parirás com dor” (TORNQUIST, 2004). Por outro lado, o movimento pela humanização do parto apoia-se no movimento pelo “parto natural”, segundo Salem (1987) tributário do Parto Sem Dor, proposta dos obstetras reconhecidos como “vanguardia obstétrica”, Leboyer, Odent e Kitzinger, baseada na desmedicalização do processo de parto, e sua substituição por um ambiente de tranquilidade no qual a parturiente possa desenvolver o processo do jeito mais natural e pacífico possível, com as menores intervenções do médico. No Brasil, o paradigma de parto natural recebeu as contribuições do médico Moysés Paciornik, que a partir do trabalho com mulheres indígenas desenvolveu estudos e conclusões sobre os benefícios do parto de cócoras.

processo, facilitando material sobre os planos de ação, os novos protocolos de atendimento, e os fundamentos teóricos dessa mudança baseados nas novas pesquisas da área da enfermagem obstétrica. Ela é enfermeira, e teve seu primeiro contato com a obstetrícia trabalhando anteriormente num centro obstétrico. Submergida nesse trabalho fez a pós-graduação em obstetrícia, e me relatou que nesse momento começou a perceber a distância entre o que aprendeu e o que acontecia no centro obstétrico, que tinha uma taxa de 80% de cesarianas. Tentou mudar algumas práticas no atendimento sem visualizar possibilidades reais e decidiu sair de lá passando por um concurso público aberto pela Prefeitura. Aí, entrou como parte da equipe do Hospital de Idoso, e quase em ao mesmo tempo aconteceu a devolução da MBN por parte do Hospital Evangélico à Prefeitura. Então a FEAES ofereceu a ela passar a ser parte da equipe de condução da instituição. Segundo seu relato, a Prefeitura dispôs uma verba, convocou médicos das unidades da rede de saúde, da rede da UPA, e comprou ambulâncias para renovar a MBN. Essa transição levou também à saída da equipe técnica e de enfermagem, e à contratação de enfermeiras que tivessem uma nova formação baseada no que na área chamam de Medicina Baseada em Evidências e Boas Práticas Obstétricas, em prol do parto humanizado. O critério de seleção da nova equipe técnica foi exclusivamente a falta de experiência em maternidades, para evitar a perseverança de práticas obstétricas que se correspondam com o paradigma tecnocrático. Já na seleção de enfermeiras mediante PSS (processo seletivo simplificado), entraram 5 enfermeiras que já assistiam parto domiciliar ou eram conhecidas da Manuela por ter feito a formação em enfermagem obstétrica nos últimos anos. Ela me diz:

Eu acho que aí foi o grande boom da Maternidade, a enfermagem inteira saiu, então você tem aquelas mulheres velhas, vou criticar um pouco a minhas colegas, técnicas de enfermagem que sabem “fazer parto”, que ajudam o médico, que falam faça força! que vem desse modelo agressivo, tecnocrático. A verdade é que não é só o médico, é o modelo, as enfermeiras agressivas, a portaria agressiva, tudo mundo. Lembro que era absurdo. Tinha o pronto atendimento numa ponta e o centro obstétrico na outra, eles faziam lavagem intestinal lá na frente e a mulher vinha pingando cocô pelada, com uma camisola aberta, esse foi o primeiro choque, ver a uma pessoa desfilando no hospital inteiro após ter feito uma lavagem intestinal até com contração, e ter que ir segurando as fezes até o centro obstétrico. Aí tinha também a convivência, a amizade entre os médicos e os técnicos, e era assim tudo um absurdo, o técnico e enfermeiro jamais seria contra o médico, eram anos de amizade, todo mundo junto naquele modelo acreditando que aquele era o melhor. Se eu entrasse lá para trabalhar com aquela equipe, jamais conseguiria nada, ia ser massacrada. (Manuela)<sup>10</sup>.

As palavras da Manuela têm potência na medida que triangulam dimensões interessantes para pensar a conjuntura. Por um lado, menciona uma prática de rotina (a lavagem

---

<sup>10</sup> Todas as entrevistas ocorrem em Curitiba, no ano de 2019.

intestinal), que foi uma das primeiras práticas modificadas nos protocolos da nova gestão, que expôs que a gestante não precisa limpar seus intestinos na hora de parir. Sua expressão relativa à distância entre o pronto atendimento e o centro obstétrico, e ao jeito de fazer tal prática, sugere também uma falta de planejamento, tanto da infraestrutura quanto no cuidado nas formas de acolher e acompanhar as gestantes, produzindo-me a metáfora da cadeia de montagem: vai lá, e logo passa por aí e chega aqui. Também traz à tona as relações historicamente produzidas dentro da instituição, relações hierárquicas estabelecidas entre os médicos que estão na cabeça do poder, e a equipe técnica e de enfermagem submetidas a suas decisões. Hierarquia que corresponde à estrutura de poder própria do sistema biomédico. Por outro lado, a fala expõe a correspondência dessas práticas com o modelo ou paradigma tecnocrático de assistência aos partos.

Em relação à entrada da nova gestão, Manuela me contou da implementação de algo que tinha aprendido na pós-graduação, através de Adelita, uma enfermeira da cidade bem conhecida no âmbito da enfermagem obstétrica, que assiste partos domiciliares com uma abordagem holística (isto é, fazendo uso de procedimentos que desde a biomedicina são chamados “alternativos”), e é professora do mestrado em enfermagem. Tratava-se de uma “campanha de sensibilização” destinada ao pessoal que trabalha na Maternidade. Junto à psicóloga e à assistente social (novas empregadas da maternidade), fizeram cenários nos quartos com teatralizações. Colocaram em um deles um útero gigante do tamanho de uma pessoa e fizeram passar toda a equipe pelo útero simulando um nascimento. No momento prévio de passar pelo útero as pessoas recebiam a seguinte fala: “entre, tire a calça, vai, tira a roupa, vamos fazer a lavagem”. O objetivo era então fazer passar o pessoal pelos procedimentos que em geral recebem as mulheres. Seguindo seu relato ela diz que isso sensibilizou verdadeiramente alguns médicos, que compreenderam que a abordagem que ia começar a ter a assistência às parturientes seria diferente. Em relação aos médicos, eles saíram da contratação do Hospital Evangélico e alguns passaram pelo PSS, enquanto outros decidiram ficar fora. Ficaram assim 3 médicos da antiga equipe.

O passo seguinte que ela levou para a diretora da instituição (que também era nova no cargo) foi a demanda de um atendimento baseado na recente política pública “Rede Cegonha”. Maroca de Castro (2013) pesquisou o processo de criação da Rede Cegonha, estudando os pormenores do projeto e do debate coletivo dentro do Ministério de Saúde que deram lugar à política. Seu olhar é interessante pelo fato de que busca se diferenciar do ponto de vista e análise que em geral fazem os cientistas políticos ao abordar a implementação dos desenhos das políticas públicas, focando-se nos objetivos e em sua instrumentalização, bem como daqueles

estudos sobre o Estado que tentam reconstruir as incidências das medidas estatais sobre a população, ou as maneiras de moldar e instaurar discursos na sociedade. Maroca de Castro procurou se situar no coração das agências e relações atuantes na burocracia estatal no processo de definição e criação dessa política. Assim, seu trabalho é inspirador na medida em que me aproxima a uma maneira de pensar as políticas públicas ancorada na experiência, na vivência, nos contextos, ou seja, na forma como elas são vividas, concebidas, experienciadas, e diminuindo aquela distância entre criação e implementação duma política pública, ao compreender que é sobretudo na práxis e nos contextos particulares que uma política pública de fato acontece. Por conseguinte, só tentarei trazer superficialmente os objetivos e intenções da Rede Cegonha para compreender os eixos da mudança do modelo obstétrico na Maternidade, seguindo, além do trabalho de Maroca de Castro, duas pesquisas da área de enfermagem intituladas “Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em municípios do Sul de Brasil”, de Fábio André Miranda de Oliveira (2015) e “Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual” de Marcelexandra Rabelo (2015), ambas centradas em Curitiba e no último caso tratando-se especificamente de uma análise sobre a implementação da Rede Cegonha na MBN. No entanto, minha busca não está focada na intenção de atender como foi essa suposta implementação da Rede Cegonha (que prefiro chamar “construção”, sob a ideia de que a política acontece de fato na práxis), mas sim na procura de compreender que esse processo de transformação da MBN envolveu uma rede, se tramando com o desenvolvimento de políticas públicas, com as experiências de outras maternidades, e com a atuação de organismos de saúde e da educação pública; trama que nessa escala maior forma o que visualizo como “nova conjuntura” ou conjuntura clivagem do modelo tecnocrático.

Ou seja, a busca desta pesquisa não é reconstruir pontualmente o agir do Estado em matéria de parto ou a implementação de uma política pública num contexto especial, nem medir sua suposta eficácia ou funcionamento, mas sim através dos relatos da equipe de trabalho da MBN, das parturientes, e de uma visita técnica à instituição, visualizar como é “recriada” essa política no contexto especial da MBN, e os sentidos e valores relativos ao corpo, à dor, ao parto, à maternidade, à saúde feminina, que encontram-se em diálogo, em comunhão, em tensão, reconhecendo as relações traçadas a partir deles, seja entre diversos agentes (enfermeiras-médicos, mulheres-médicos, mulheres-enfermeiras, mulheres-doulas, acompanhantes-enfermeiras, doulas-enfermeiras), ou na relação de cada mulher com seu próprio corpo e seu sistema familiar. O que sugere desvendar a constelação de atores, práticas, valores e significações que estão em jogo no dia a dia numa Maternidade pública conhecida por ser

referência e estar à vanguarda da *humanização* dos partos na cidade.

Em relação à Rede Cegonha, em 2011 o Ministério da Saúde lançou essa estratégia com o objetivo reduzir a morbidade materno infantil e implementar uma rede de cuidados para garantir à mulher seus direitos de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o nascimento seguro, com crescimento e desenvolvimento saudáveis às crianças de até 2 anos. Segundo Rabelo (2015), ela foi estruturada em quatro componentes: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O modelo assistencial da Rede Cegonha teve como filosofia diretriz a “integralidade”, princípio do SUS e termo que Maroca de Castro encontrou em sua etnografia carregado de polissemia, descrevendo-o como: uma ideia ampliada de saúde, uma concepção multidimensional de homem e o cuidado integral por parte dos profissionais, articulando políticas e serviços de saúde de modo que as necessidades dos pacientes sejam satisfeitas.<sup>11</sup>

A proposta da Rede Cegonha é definida partindo desse princípio e visando também uma atenção *humanizada* (termo também presente na origem do SUS), segura e de qualidade, em busca da positividade da experiência da gravidez, do parto e do nascimento para a mulher e o recém-nascido, baseados no respeito, dignidade e beleza, ressaltando que essas experiências fazem parte do processo fisiológico e natural da mulher (RABELO, 2015).

Segundo Miranda de Oliveira:

Tal estratégia está fundamentada nos princípios da **humanização** e da assistência. Dessa forma, os direitos assegurados à mulher, recém-nascido e à criança visam à ampliação do acesso, do acolhimento e da qualidade da atenção pré-natal; subsídio ao transporte de urgência e emergência; realização de vinculação da gestante em uma instituição de referência à assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, por meio da utilização de **boas práticas** de atenção; presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; acesso ao planejamento reprodutivo; e à criança de zero a 24 meses de vida, assistência de qualidade e com resolutividade. O profissional deverá fazer uso das **boas práticas de atenção humanizada ao RN** (recém-nascido), assegurando o contato pele a pele imediato e contínuo, clampeamento do cordão umbilical após cessar sua pulsação, estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida e postergar os procedimentos de rotina ao recém-nascido na primeira hora de vida. (OLIVEIRA, 2015, p. 42, grifo nosso).

Tais disposições da Rede Cegonha se encontram com duas políticas locais, o programa “Mãe Curitibana” e a “Rede Mãe Paranaense”, que também estabeleceram como objetivo *humanizar* o atendimento à gestante, produzir a articulação entre os postos de saúde e as

<sup>11</sup> Por outro lado, o princípio da integralidade remete à integração sanitária, ou seja, a unicidade e articulação do Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Por sua vez a integralidade também fez referência à organização da oferta dos serviços de saúde, atendendo os três níveis de complexidade (CASTRO, 2013).

maternidades, e melhorar a qualidade no atendimento baseado num seguimento seguro e adequado às necessidades de cada gestante (OLIVEIRA, 2015).

Assim, na definição dessas políticas públicas a *humanização* parece ser o vetor das mudanças. Assim como a “integralidade”, a “humanização”, tal como apontam Diniz (2005) e Tornquist (2004), é um termo polissêmico, mas no âmbito do desenho das políticas públicas relativas à assistência e aos nascimentos responde fundamentalmente a um conjunto de práticas estabelecidas pelas Boas Práticas Obstétricas da OMS do ano 1996, e às novas evidências científicas obstétricas que dele se desdobram.<sup>12</sup>

Segundo Davis-Floyd, o modelo humanístico (biopsicossocial) ou da humanização da medicina surgiu em reação aos abusos da tecnomedicina e pode se sintetizar em alguns princípios: conexão corpo e mente (contra a dualidade cartesiana, um outro olhar que entende corpo e mente como realidade indissociável), o corpo como organismo (corpo como resposta às interações e fatores ambientais), parturiente como sujeito relacional (conexão médico-paciente e parturiente-acompanhante), diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora (expressão livre da parturiente de ideias, medos, preocupações em prol de sua autonomia e dos processos de cura), equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo (ambiência adequada ao movimento da gestante e livre vontade da mulher na hora do parto), informação, poder de decisão e responsabilidade do paciente e do médico (modelo não linear de tomada de decisões, reconhecimento de múltiplas situações e opções), ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo (uso da ciência e da tecnologia ligada ao tempo de espera e à escolha do paciente), foco na prevenção de doenças (promoção da saúde e educação pública), morte como resultado aceitável (a morte como um processo individual, possibilidade da mãe de ter contato com bebê nascido morto), cuidado com compaixão (capacidade de sentir as necessidades dos outros mesmo estando de fora da experiência corpórea), abertura para outras modalidades (apoio ao uso de outras medicinas) (DAVIS-FLOYD apud GUALDA et al, 2017).

Embora alguns desses aspectos estejam também presentes nas orientações gerais das políticas de “humanização” à assistência às gestantes, parturientes e recém nascidos, é interessante advertir a abrangência e ambiguidade do termo na práxis, ao entrar em diálogo o

---

<sup>12</sup> Tais evidências encontram-se estruturadas em quatro partes no Manual das Boas Práticas Obstétricas: A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D – Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Além do Manual, elas podem consultar-se nos quadros das páginas 32, 33, 34 e 35 da pesquisa de Marcelexandra Rabelo (2015, também disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41796/R%20-%20D%20-%20MARCELEXANDRA%20RABELO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Último acesso em 13/04/2021).

ideário do modelo de humanização com os universos culturais locais das populações usuárias dos serviços de saúde e com a história inerente a cada instituição, acontecendo ressignificações do conceito na medida que se tecem diversas possibilidades relativas às práticas médicas, às dinâmicas institucionais, às trajetórias das parturientes e aos processos dos corpos. Embora a entrevista de Manuela e o trabalho de Rabelo (que deu os cimentos teóricos da mudança obstétrica da Maternidade) me permitam ver que o plano de ação não está definido diretamente sob o termo de *humanização*, senão de “mudança do modelo assistencial obstétrico”, seguindo as diretrizes da Rede Cegonha e as Boas Práticas Obstétricas, o pressuposto da humanização aparece transversalmente em todo o processo de mudança:

Montou-se o grupo de humanização hospitalar, que está dentro do **programa de humanização hospitalar** do SUS. A gente abriu o refeitório para os acompanhantes se alimentarem, para poderem sentar, para tomar café da manhã, então os médicos achavam absurdo, como que vão abrir o refeitório para os acompanhantes? A mulher tem a mesinha, está na cama dela, ficava bom, mas a gente abriu para os acompanhantes, foi, nossa, um absurdo na época, porque os médicos não queriam comer com eles, **então como você vai falar de humanização se você não quer sequer comer do lado do outro ser humano**, grande coisa comer do lado de outra pessoa? Então a gente tinha essa questão de entender que somos todas pessoas, e aí eu comecei a estudar e vi um protocolo sobre maternidade segura, que fala muito da medicação, dos protocolos, da cirurgia segura, tem bons indicadores no Brasil. Mas não se levavam as questões das boas práticas, da **humanização**, entender que o acompanhante precisa estar presente porque traz segurança, a adrenalina vem menos, a gestante está segura. Pensei então no “evento adverso”, e talvez como minha vivência pré-obstetrícia era clínica, da cardiologia, para mim sempre era estudar a segurança do paciente, a qualidade. Eu inseri isso no núcleo de segurança do paciente na Maternidade e de aí em mais tudo o que não se corresponde com as **boas práticas obstétricas virou “evento adverso”**. Eu sempre falo para minhas alunas, cuidado que simpatia não é humanização, o centro obstétrico de cor de rosa, colocar um cheirinho e chamar a mulher de mãezinha, não é humanização, **humanização começa pelo protagonismo da mulher, as melhores evidências científicas, e o trabalho em rede, essa é uma pirâmide que para mim é uma verdade absoluta.** (Manuela)<sup>13</sup>

Ao ouvir esse relato da Manuela me perguntava se o planejamento das práticas institucionais “humanizadas” na MBN produz e contempla, de alguma maneira, a orientação das práticas de assistência aos sentidos e biografias das usuárias, ou trata-se simplesmente da implementação das boas práticas obstétricas que operam como sinônimo de humanização. Quer dizer, em que medida o atendimento consegue abranger as noções, significações, sentidos e experiências de diversas mulheres?

Percebi na fala da Manuela que a presença e o acolhimento por parte da instituição ao acompanhante foi um ponto fundamental na hora de mudar o tipo de assistência, questão que remete ao ideário do *casal grávido* trabalhada por Tânia Salem (1987) e eixo dum artigo de

<sup>13</sup> Coloco em destaque as menções ao termo humanização na citação da Manuela.



Rossi e Gualda (GUALDA et al., 2017) em que se traçam os argumentos da consideração à presença do acompanhante. Manuela continuou me falando dos pontos chave da transição e mudança do modelo de assistência relacionados à introdução da Rede Cegonha na instituição, detalhados e organizados na pesquisa de Rabelo<sup>14</sup>:

Então dentro da Rede Cegonha elaboramos protocolos e o primeiro foi sobre parto e nascimento descrito a partir da própria **Rede Cegonha, das diretrizes da OMS e das Boas Práticas**. Na construção dele participaram os enfermeiros obstetras, uma médica obstetra, um pediatra e a gerente médica. Foi convidada toda a equipe médica, foi um protocolo aberto a toda equipe obstétrica com participação indireta da Secretaria Municipal de Saúde, a qual nos deu as diretrizes e o Norte para que a gente trabalhasse o processo de contrato de gestão e o plano operativo. O segundo protocolo já avançou bastante e teve uma participação mais efetiva não só do médico, do enfermeiro, do gestor, mas de toda a equipe multiprofissional, o que permitiu mudar o processo de uma forma mais tranquila. Além disso, criamos também uma espécie de orientação do Conselho Municipal de Saúde, a comissão de acompanhamento do Bairro Novo, semelhante a um conselho local formado por gestores, trabalhadores, usuários e de abrangência municipal, possibilitando que a gente fosse mostrando nosso trabalho, discutindo as mudanças, e eles trazendo os resultados da comunidade. Também criamos um colegiado gestor, que não é só da direção, mas ele é ampliado com a equipe multiprofissional, se necessário chamamos outros profissionais para nos colocar as dificuldades, as sugestões com o objetivo de trabalhar melhor (Segmento de entrevista de Manuela à Rabelo, RABELO, 2017, p. 10-11).

Quase em simultâneo com a entrada das novas autoridades na MBN aconteceu a mudança de autoridades da Abenfo Nacional, e Manuela foi convidada para formar parte da direção nacional, entrando como secretária no período 2012-2014, manifestando-me que isso lhe deu muita força política para levar adiante as transformações institucionais. Nesse momento a Abenfo, junto com a Universidade de Minas Gerais e o Ministério de Saúde, montaram um curso de aprimoramento para enfermeiras do SUS, criando uma imersão de 15 dias no Hospital Maternidade Sofia Feldman de Belo Horizonte, pioneiro na humanização dos nascimentos no Brasil. O curso era destinado exclusivamente a enfermeiras, mas no momento nenhuma enfermeira da MBN conseguiu ir por motivos particulares, portanto a Manuela consultou se podia fazê-lo em qualidade de coordenadora. Ela diz:

Ver o modelo funcionando, foi nossa, porque quando você lê na Rede Cegonha, suite de parto, jardim, é uma coisa, você não consegue vislumbrar isso funcionando, você acha que é muito utópico. Você fica lá 15 dias e não é para ficar passeando e conhecendo, é para você pegar e atender parto mesmo, então foi a primeira vez desde que fiz a pós que consegui atender dentro daquilo que estudei, não é que não tinha atendido parto, tinha atendido muito parto, mas foi a primeira vez que consegui apagar a luz, você está sempre lutando para apagar a luz, para fechar a porta, para pedir silêncio, aí você fica estressada, o pediatra está ali pedindo o nenê. Lá não, você está

<sup>14</sup> Podem se observar nas tabelas do artigo “Estratégias da gestão para implementação do modelo da Rede Cegonha em uma Maternidade Pública de Curitiba” (Rabelo, 2017). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48252>. Último acesso: 13/04/2021.

tranquila, então lá as enfermeiras assinam o IH que é a autorização de internamento hospitalar e aqui no Brasil ninguém assinava, eu vim com tudo aquilo na cabeça. Ali eu fiz um planejamento, porque para você ir para Sofia Feldman, a direção tem que autorizar e você tinha que fazer um plano de ação ao voltar e a direção tinha que estar ciente que esse dinheiro investido no profissional tinha que vir num retorno num plano de ação e depois num seminário, muito legal. (Manuela)

A fala de Manuela deixa entrever a articulação de políticas e instituições públicas na construção do modelo obstétrico nascente. Ou seja, o plano de ação e mudança do modelo da MBN encontra-se interligado a esses movimentos que aconteceram numa escala maior e à agência de sujeitos da equipe institucional que participaram da trama de relações com outras instituições. Ela sinalizou também a importância do apoio do secretário de saúde da Prefeitura para que essas mudanças fossem possíveis, como também do Conselho de Saúde do Bairro Novo (voltarei a trazer o vínculo com tais dependências estatais no último capítulo). Cecília (doula), que foi quem iniciou a demanda de um curso de formação de doulas no Conselho Regional de Saúde do Bairro Novo, também me falou da abertura do secretário de saúde e da gestão da Prefeitura para que essas mudanças acontecessem.

Em relação ao plano de ação Manuela diz:

Então assim eu pensei, eu não posso escrever um plano de ação tipo “implantar contato pele a pele”, coisas de pouca resolutividade, porque isso a gente já estava tentando, eu precisava de ações grandes, implantar enfermeiras obstétricas, implantar IH. A gente sabe que muitas enfermeiras foram daqui, do Hospital do Trabalhador, do Evangélico, mas nenhuma conseguiu implantar seus planos, porque vinham com planos simples. Mas os apoiadores da Rede Cegonha já estavam com essas coisas tipo contato pele a pele. Então quando voltei do Sofia Feldman num mês consegui implantar o IH (Internação Hospitalar), assinar por enfermeira obstétrica, temos até a foto da primeira enfermeira que assinou o IH, porque o médico reclamava muito: fazem o parto depois se não dá certo temos que ficar nos assinando o parto. Então, esse é o problema? A gente assina. Porque que acontecia na época de açougue, as enfermeiras assistiam o parto do seu jeito, mas não escreviam uma linha, então isso é um grande marcador. As pessoas não recebiam o salário, estavam atrás da produtividade, e isso fazia muito o pessoal acelerar os partos para nascer dentro de seu plantão, então essa mudança no modelo de pagamento, de deixar de receber pagamento pelo IH, mudou muito, desinteressou a equipe daquela coisa “ai eu tenho que atender e tenho que atender”. (Manuela).

Essa nova disposição em relação à assistência por parte das enfermeiras marca duas questões. Por um lado, a busca de desligar os partos da produtividade econômica da equipe médica, o que reverbera diretamente nas formas de assisti-los, uma vez que se alteram as noções temporais, permitindo à gestante conduzir seu trabalho de parto até o momento apropriado para o bebê nascer, sem apressar com indução ou cesárea se não for necessário. Por outro lado, coloca em relevo a busca de autonomia da equipe de enfermagem, historicamente submetida ao poder médico.

Daí eu coloquei a valorização do profissional enfermeiro, porque se você tem a nutricionista que é autônoma, a psicóloga que é autônoma, a fisioterapeuta que é autônoma, por que a enfermeira não? Tudo bem com o técnico, o técnico é subordinado, mas a enfermeira é a dona da ciência do cuidado, não é subordinada ao médico. O cuidado é nosso. Então eu falava, gente não sejamos submissas, sigamos os protocolos. (Manuela).

Nessa intenção foram criados mais de 30 protocolos seguindo as Boas Práticas da OMS para levar um seguimento e controle das práticas da equipe médica e da enfermagem, considerando “evento adverso” qualquer prática desnecessária que não condiz com os protocolos. Assim, foi feito o monitoramento mensal de indicadores relativos à redução de práticas atualmente não recomendadas, como episiotomia, uso de fórceps, cesárea, indução, e de outras recomendadas, como o uso de métodos não farmacológicos para aliviar a dor, o contato pele a pele, a penumbra, a livre escolha da posição da mulher no parto, a amamentação na primeira hora, o corte demorado do cordão, entre outros pontos sugeridos pela Rede Cegonha e a OMS.

Segundo ela, esse controle e o pedido de assinatura de eventos adversos aos médicos produz a resistência da equipe médica à adequação das novas diretrizes. A propósito, tive a possibilidade de entrevistar uma médica que já não trabalha na instituição, e lhe consultar como ela viveu essa transição. Na conversa manifestou que para ela e para outros médicos foi uma grande imposição que levou à equipe médica a criar uma resistência, porque eram novas pautas de trabalho para eles. Assim, enquanto as enfermeiras começaram a assistir a maioria dos partos sem complicações, os médicos ficaram para agir em situações especiais, como por exemplo casos de distocia<sup>15</sup>. Em relação a isso, Manuela considera que a mudança foi possível pela valorização da equipe de enfermagem e pela condução da instituição por parte de enfermeiras: na gerência, na coordenação, na assistência aos partos.

Como o artigo e a dissertação de Rabelo sinalizam, a mudança envolveu uma readequação da infraestrutura, que segundo a fala da Manuela foi muito difícil, devido aos impedimentos para fazer alterações na infraestrutura de instituições públicas, e pelas burocracias que levam esses processos. Além da criação de duas suítes de parto (com chuveiro e elementos como bola suíça e banquinho), foi criada uma saída desde o centro obstétrico ao quintal, onde há ervas para usar nas terapias integrativas complementares e onde a gestante pode caminhar e se relaxar no trabalho de parto. A criação da sala de PICs (práticas integrativas

---

<sup>15</sup> Entende-se por distocia as intercorrências obstétricas determinadas por fatores que podem acelerar ou retardar o parto; podem ser decorrentes de um fator ou de fatores associados. Entre estes estão os uterinos, os pélvicos, os placentários, e fetais, os de líquido amniótico ou os de cordão umbilical.

complementares) obedecia ao projeto de criação das PICs no SUS, temática de estudo na pesquisa “Do Espírito na Saúde” de Rodrigo Toniol (2015). Manuela observou a implementação das PICs em sua imersão na Maternidade Sofia Feldman, porém aqui a instituição não contava com verba suficiente para isso. Portanto a equipe de trabalho fez uma coleta, ou “vaquinha”, para conseguir os materiais e dar sustento a esse espaço, e a terapeuta que esteve no começo a cargo das PICs fez seu serviço *ad honorem*. Como estratégia ante a resistência dos médicos ela relata ter levado a campanha de sensibilização também para as PICs, oferecendo dois escaldas pés mensais a cada membro da equipe de trabalho, e conseguindo que alguns médicos comesçassem a acreditar nos benefícios desses tratamentos.

Além das mudanças dos protocolos técnicos, da infraestrutura, do movimento na estrutura de poder e hierarquia da instituição, começaram a organizar eventos para se vincular de outro jeito com a comunidade do bairro e conseguir maior contato com as mulheres gestantes, divulgando a nova proposta de assistência da MBN. A propósito disso, ela diz: “nós estávamos entendendo que essas mulheres não entendem nossa prática como adequada”. Portanto, ela pediu às enfermeiras que conhecessem as gestantes, que tivessem seu telefone, que falassem com elas por seu nome. Esses eventos foram chamados “Encontros de mulheres do Bairro Novo” e aconteceram no quintal da MBN. Nessas ocasiões se apresentava também a resistência dos médicos, rejeitando-se a ter contato com a população sem a mediação do atendimento. A questão de chamar as gestantes por seu nome é uma diferença notória do modelo tecnocrático, em que em geral a gestante é reconhecida pelo número da cama. Mas também, Manuela pediu para as enfermeiras e médicos que colocassem um crachá com seu nome, para que a gestante ou parturiente na hora de denunciar um evento adverso soubesse o nome da pessoa responsável pela prática. Assim, tudo parece indicar uma estratégia de controle por parte da coordenação em prol do funcionamento do novo paradigma. Na entrevista, tive acesso ao seguimento mensal dos indicadores (planilhas), visualizando a diminuição das práticas obstétricas desaconselhadas pelas novas evidências científicas e o crescimento das variáveis positivas, sendo uma delas a eliminação do jejum no trabalho de parto. Tanto Manuela como Patrícia, doula voluntária da instituição, me indicaram as dificuldades e debates relativos à prática do jejum. Patrícia diz que, nesse momento de mudanças, quando ela chegava sempre perguntava: “e aí como estão as coisas hoje?”, porque os protocolos mudaram quase todas as semanas. O jejum foi sendo retirado aos poucos, testando o tipo de dieta adequada ao trabalho de parto, e em relação à dilatação do colo de útero da parturiente, chegando a uma disposição estável que estabelece que até 7 de dilatação a mulher pode se alimentar, evitando a ingestão de alimento e líquido após essa dilatação para reduzir complicações caso precise ir para cesárea.

Começaram também a habitar a instituição residentes em enfermagem obstétrica, sob sustentação teórico-prática do modelo humanizado (RABELO, 2015). Em relação à informação facilitada à gestante sobre o processo do trabalho de parto e às práticas da instituição, se determinou como direito da gestante o acesso à informação, numa consulta pré-natal com uma enfermeira da maternidade (37 semanas de gestação), em que se prevê também a construção conjunta do plano de parto (questão presente no capítulo dois), além da possibilidade de fazer uma visita e conhecer as instalações da MBN. Também se oferece outra consulta com uma enfermeira na alta hospitalar, relativa aos cuidados do bebê e do corpo da puérpera.

No entanto, a Manuela manifestou também as dificuldades para o andamento do modelo, que para mim estava sendo palpável através dos relatos das mulheres, e que tomará relevo no capítulo três. Ela diz “tem dois ou três médicos que não gostam do modelo humanizado, tem mulheres que se frustram bastante, às vezes chegam e há uma superlotação na Maternidade e não tem a suíte de parto”. Outro aspecto fundamental que destacou como dificuldade é a impossibilidade de oferecer analgesia, pelo fato de ter só um anestesista. Segundo ela, para oferecer analgesia é preciso no mínimo dois anestesistas numa Maternidade de 20 leitos. E diz: “[...] é um direito da mulher, só se você vê que a mulher está entrando num sofrimento, se se desestrutura, é difícil ver uma mulher passando de seu ponto, e você não ter isso para ofertar na hora real, ou uma mulher que realmente se decidiu por isso, mesmo pensando os riscos de uma anestesia”.

Patrícia, doula, também se manifestou sobre isso:

Florencia, uma conclusão que eu cheguei um tempo atrás, mas demorou em chegar, o Bairro Novo não é humanizado, ele é pró parto, humanização é outra coisa. A humanização é respeitar a escolha da mulher. Ter chuveiro e bola, parto na banheira, não é parto humanizado. O bairro novo empodera as mulheres, mas não respeita suas escolhas. Se uma mulher pede analgesia, ela não vai receber analgesia, entende? Não, eu já presenciei cenas de mulheres e parentes pedindo cesariana. Então também eu não acho certo isso. Humanizar não é bem isso, Bairro Novo é uma Maternidade que está ali disposta e acredita no poder da mulher, acredita na capacidade desse corpo de parir, mas não que faça o que ela quer, eu vejo mulheres indo para cesariana porque só elas precisam duma analgesia, e o cara (médico) se recusar (pelo fato de não ter anestesistas). E aí? Não é humanizar isso. (Patrícia).

Esta questão coloca em relevo duas tensões. A primeira encontra-se situada no interior do discurso geral do modelo da assistência humanizada, isto é, na medida em que defende o direito da mulher do protagonismo no parto para conduzir o processo segundo suas vontades, torna-se uma disposição moral que coloca em primazia o parto natural, com as menores intervenções médicas possíveis e uma série de disposições sob o amparo das novas evidências científicas obstétricas. Desta maneira a liberdade de escolha da mulher tem lugar dentro dum

marco dado pelos procedimentos que o paradigma da humanização reconhece como “boas práticas obstétricas”. Por sua vez, no contexto da MBN a impossibilidade de optar por analgesia, caso seja a escolha da mulher, desmorona parte do enunciado “protagonismo e direito à escolha e liberdade da mulher”, e atribui uma dupla primazia ao parto natural, ou seja, não só pondera a escolha dum parto vaginal, senão que também ele deve acontecer sem uso de medicação atenuante da dor. Disto se desdobra uma segunda tensão, dada entre o discurso do modelo humanizado e o nível instrumental particular do contexto estudado, isto é a impossibilidade de garantir o direito da mulher e sua liberdade de escolha pela falta de recursos (analgesia e anestesista).

É importante destacar que em outras maternidades humanizadas existe a possibilidade de fazer uso da analgesia, e que de fato num curto período da conjuntura abordada veio à MBN uma anestesista da Maternidade Sofia Feldman. Segundo o relato da Manuela, em Curitiba a maioria dos anestesistas não tem experiência em analgesia, então fazem que a mulher perda completamente o movimento.

Assim, estas duas tensões dão sustento à polissemia do termo *humanização*, mostrando que o que é humanizar é certamente diverso dependendo da subjetividade do anunciante, da ênfase dada a uma ou outra das variáveis que constituem o discurso central do modelo da humanização (o protagonismo da mulher, a redução das intervenções, a desmedicalização, entre outras), e das possibilidades infraestruturais e instrumentais do cenário institucional (recursos).

A busca do modelo obstétrico humanizado de individualizar o processo de parto, seguindo as vontades particulares e entendendo a dor como uma manifestação singular em cada corpo (em oposição à padronização dos corpos no modelo tecnocrático), converte-se neste contexto institucional numa homogeneização, na medida em que a dor é abordada de maneira uniforme: todos os corpos em parto devem se submeter à dor. Assim, doulas e enfermeiras dizem só conseguir oferecer apoio emocional e métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Embora a dor possa se apresentar como um sinal no trabalho de parto, com o qual a mulher pode fazer contato para levar adiante o processo, o fato de que a assistência esteja privada do uso da analgesia conduz inevitavelmente a uma entrega da parturiente à dor, sem ter escolha nem levar em consideração se essa mulher está disposta a atravessá-la ou não. Assim, a dor se apresenta como um padecimento homogêneo e geral, associado à biologia do corpo e ao ato de parir. Seguindo o enunciado principal de Le Breton em seu estudo “Antropologia da dor”, a dor é primeiramente um ato situacional, “a dor é íntima, certamente, mas é também impregnada de social, de cultural, de relacional, é fruto de uma educação. Ela não escapa ao vínculo social” (LE BRETON, 2018, p. 14). Por consequência, a dor tem a potência de se expressar como

manifestação da história pessoal do corpo e de seu enraizamento social e cultural, em ligação profunda com a ambiência, constituindo-se como um ato experiencial *per se*. E enquanto experiência situacional, envolve uma dimensão moral, um questionamento da relação do indivíduo com o mundo (LE BRETON, 2018).

Desta maneira, o processo do parto condensa e expõe a relação da mulher consigo e com o mundo, relação permeada numa dimensão simbólica baseada em noções, significações e experiências relativas ao corpo, ao parto, à saúde, à maternidade, que serão abordadas no segundo capítulo. Isto leva a considerar a dimensão ampla da dor, contemplando tanto sua presença no trabalho de parto, como também aquelas dores emocionais presentes nos relatos das entrevistadas, que se estendem além do ritual do parto, porém estão em profundo vínculo com ele.

Portanto, vejo que aquilo que no modelo tecnocrático é mitigação geral da dor (seja na prática de cesariana ou nos partos naturais com analgesia como prática de rotina), no contexto estudado a proposta humanizada torna-se uma submissão geral à dor. Assim, alguns valores da estrutura (o modelo obstétrico dominante) que serão mencionados na próxima seção, não só se mantêm pela presença de médicos que representam o velho paradigma, mas também através de práticas do novo modelo que denotam a uniformização a partir da qual são abordados e assistidos os corpos em parto.

Uma terceira tensão que atravessa os registros etnográficos em geral e que ficará exposta nos relatos do último capítulo acontece entre o diálogo do modelo obstétrico, a infraestrutura e os agentes institucionais envolvidos.

Após a saída da equipe de coordenação que desenvolveu a mudança do modelo obstétrico (saída que se deu entre os anos 2017 e 2018), alguns relatos de membros da equipe de enfermagem e residentes indicam que aconteceu uma paralisação tanto do controle e seguimento dos indicadores baseados nas “boas práticas obstétricas” (apontando que em parte se deve à constituição da equipe de condução com pessoal não especialista na área da obstetrícia e considerando que o cargo de “gestor” foi removido), quanto à implementação de novas disposições. Assim, alguns dos protocolos criados na conjuntura analisada ainda estão vigentes (sem um seguimento exaustivo), junto à sobrevivência de algumas práticas que representam o antigo paradigma, por parte dos médicos mais velhos, marcando, segundo o parecer de uma enfermeira, “um retrocesso significativo”. Essa redefinição dos cargos da equipe de condução coincidiu com a mudança das autoridades da Prefeitura, e nos relatos dos membros da equipe e das doulas aparece como uma mudança totalmente determinante no tipo de assistência que a MBN consegue oferecer, já que o apoio por parte da Prefeitura foi diminuindo, seja na verba

destinada à instituição ou na acolhida à proposta do novo modelo obstétrico. Porém, a instituição é reconhecida no âmbito da enfermagem obstétrica da cidade por estar um passo à frente em relação às outras maternidades públicas em matéria de humanização dos nascimentos.

O que acontece quando as normativas e práticas institucionais de um espaço *humanizado* entram em contato com o universo de práticas e sentidos das mulheres parturientes torna-se o fio deste trabalho e o foco dos próximos capítulos.



## 2 SOBREVOANDO A REDE DE SAÚDE PÚBLICA ATRAVÉS DAS MULHERES

Eu compartilhava a crença geral da nossa sociedade de que havia um temperamento ligado ao sexo natural, que no máximo poderia ser distorcido ou afastado da expressão normal. Nem de leve eu suspeitava que os temperamentos que reputamos naturais a um sexo pudessem, ao invés, ser meras variações do temperamento humano que os membros de um ou ambos sexos pudessem, com maior ou menor sucesso no caso de indivíduos diferentes, ser aproximados através da educação.

(Margaret Mead, 1979)

### 2.1 Ao encontro com mulheres puérperas: aspectos metodológicos

Esta pesquisa foi se tecendo a partir do desfiar das experiências das mulheres puérperas em seus relatos, trazendo à fala as vivências do processo de gestação, parto e puerpério, emaranhados com suas trajetórias de vida. No começo deste capítulo tentarei estabelecer uma caracterização das participantes desta pesquisa e traçar seus caminhos no vínculo com o SUS a partir do momento da gestação, o que me permite enxergar tanto sua relação com o serviço e atendimento das unidades de saúde, quanto a maneira em que se deu a confluência e chegada delas à MBN. Num segundo momento, a partir do registro etnográfico de uma visita técnica à instituição, tentarei esboçar questões relativas à proposta de assistência da MBN e à infraestrutura, que aparecem recorrentemente nos relatos das puérperas. E por último, levar a atenção aos itinerários das mulheres trouxe inerentemente o encontro com as significações que elas atribuem ao corpo, ao parto e à maternidade, quanto a seus desejos e expectativas em relação ao nascimento.

A intenção de trabalhar partindo das narrativas das mulheres parte do propósito de abordar o processo do parto como uma experiência que é constituída em íntima ligação com os *habitus*, tanto institucionais quanto de cada sujeito, isto é, com aquelas disposições duradouras construídas por repetições de práticas inconscientes, mundanas e coletivamente orquestradas, que se tornam princípios organizadores da prática (BOURDIEU, 2011). Assim, atender as narrativas é um caminho metodológico para considerar esses *habitus*, geradores na práxis da

presença ativa de experiências passadas, registradas em cada organismo na forma de esquemas de percepção, pensamentos e ação, e a partir dos quais os corpos agem construindo suas *estratégias* no meio social e cultural (Ibidem). Tais *estratégias* aparecem com força nos relatos, enquanto as mulheres foram desafiando suas trajetórias e itinerários relativos ao vínculo com o SUS a partir da gestação.

As entrevistas aconteceram, em um primeiro momento, através do contato com mulheres que tinham parido na MBN e faziam parte de um grupo de Facebook chamado “Adeptas ao Parto Humanizado”, contato que facilitou o começo do campo, embora tenha direcionado o olhar a um tipo de mulheres: aquelas que tem uma noção sobre o ideário do parto humanizado e estão naquele grupo porque procuraram evitar passar por práticas desnecessárias ou que elas consideram violentas, ou seja, a maioria tem um conhecimento sobre as práticas que atualmente são desaconselhadas no ideário do parto humanizado, e buscam ser respeitadas e protagonizar seu parto. Poderia dizer que o intuito do grupo é a troca de experiências, passando-se informação sobre obstetras, enfermeiras, maternidades, protocolos, exames pré-natal, e dúvidas relativas à gestação e ao parto.

À medida que fui entrevistando algumas mulheres desse grupo, fui chegando a outras puérperas através da indicação ou o fornecimento, por parte das mulheres entrevistadas, do contato daquelas com as quais compartilharam quarto na MBN. Foi interessante perceber que a maioria das entrevistadas tinha o contato da mulher que havia parido o mesmo dia, mantendo diálogo durante o puerpério ou até construindo amizades virtuais baseadas fundamentalmente na troca de experiências sobre os processos da maternidade e o crescimento dos filhos (amamentação, puerpério e emoções, alimentação complementar, ritmos de sono, cólicas, febre, etc.). Assim, comecei a me encontrar com mulheres que não participavam desse grupo virtual e não tinham conhecimento nem identificação com o modelo da “humanização”. Por outro lado, a fotógrafa Luciana Zenti, que fez um projeto de registro fotográfico dos nascimentos na instituição, me entregou uma lista com os contatos das mulheres fotografadas, a quem ela apresentou as fotos, sendo a maioria residentes na região sul da cidade. Porém, consegui contatar poucas dessa lista devido ao fato de que muitas mudaram de telefone ou não se encontram morando na cidade.

Foram em total dezoito entrevistas semiestruturadas e informais, gravadas e com registro manual em caderno, acontecendo cada uma só num encontro, a maioria dos casos na casa das entrevistadas ou em algumas ocasiões em espaços públicos da cidade e em seus trabalhos. Desse total, duas foram na região metropolitana de Curitiba (Quatro Barras) e as demais na cidade. A duração de cada uma foi entre uma hora e uma hora quarenta minutos,

dependendo das possibilidades das entrevistadas, as necessidades das crianças e a vontade delas de falar. No entanto, a maioria delas tinha muita vontade de lembrar e falar sobre sua experiência de gestação e parto, acontecendo em geral na fala uma reestruturação dos sentidos atribuídos ao evento do parto e à maternidade durante a gestação ou o puerpério imediato. Isto é, em seus relatos havia expressões do tipo: eu queria isto ou aquilo, eu senti isto ou aquilo, mas agora vejo as coisas de outra maneira. Isso convida a pensar na potência do evento do parto como ritual transformador dos sentidos relativos ao corpo, à saúde e à maternidade. Mas antes dessa questão, que vai ser abordada na terceira seção, é imprescindível caracterizar as mulheres que participaram com seus relatos. No momento de tentar defini-las me vejo inspirada pelo trabalho da Rosa Maria Carneiro (2011), que caracterizou as mulheres que entrevistou com variáveis do tipo: trabalho, profissão, raça, orientação sexual, religião, estilo de vida, entre outros, conseguindo agrupá-las logo em classificações identitárias semelhantes.

Nesse caso, a faixa etária das entrevistadas é entre vinte e trinta e seis anos, sendo a maioria delas menores de trinta anos, onze mães de primeira viagem, e sete mães de um/uma segundo/a filho/a. No momento da entrevista, dez eram mães de filhos/as de entre um e quatro anos, e oito tinham filhos/as menores de um ano. Foram nove entrevistas feitas na região sul de Curitiba, e nove em outros bairros da cidade, incluindo as duas da região metropolitana. Do total, dez mulheres tinham algum emprego, formal ou informal (trabalhando de a casa ou fora da casa, algumas compartilhando trabalho e maternidade e outras dedicando umas horas só ao trabalho sem a/as criança/s perto), e oito ficam na casa atendendo exclusivamente questões domésticas e as crianças.

Elas são na maioria brancas e provêm de camadas médias e pobres, com capital cultural diverso. Todas elas têm acesso a internet, celular e são alfabetizadas. Também todas moram junto com o marido (alguns participaram da entrevista) e os/as filhos/as, e são de nacionalidade brasileira – exceto uma estrangeira (venezuelana). Nenhuma delas se auto percebe indígena ou oriental. Nenhuma mostrou ter um vínculo homoafetivo. Três delas com um estilo de vida mais rural e as demais vinculadas às dinâmicas urbanas. De orientação espiritual diversa. Algumas com formação universitária (psicóloga, médica, advogada, professora em letras, enfermeira), outras estudantes de nível universitário, algumas com o ensino médio incompleto ou concluído, e outras com formações ou cursos feitos (estética feminina, cozinha, yoga, etc.).

Dessa descrição geral consigo diferenciar dois grupos: as que escolheram a MBN para seu processo de parto, e as que chegaram à instituição por designação regional do SUS. No primeiro caso, são mulheres que moram em diversos bairros da cidade ou região metropolitana. A maioria vinculadas ao paradigma do parto humanizado desde antes ou durante a gestação, e

algumas delas têm convênio médico privado e fazem uso do setor privado de saúde. São aquelas mulheres que escolheram a MBN para o decorrer do trabalho de parto, ou só para o final do parto (expulsivo), seja porque ela é referência em humanização, por recomendação de outras mulheres, ou porque fizeram a visita à MBN e gostaram da proposta. Todas elas fizeram essa escolha a partir do estudo e escuta de experiências vinculadas ao modelo do parto humanizado.

O outro grupo é constituído por algumas das mulheres da região sul da cidade que chegaram à MBN pela designação regional do SUS e por derivação direta da unidade de saúde, a maioria cientes das referências sobre a MBN, embora várias não tivessem ouvido sobre parto humanizado antes de entrar em contato com a instituição, e nenhuma tinha plano de saúde. Algumas delas optaram por fazer o trabalho de parto em casa e outras foram nos pródomos à instituição. Só uma tinha marcada previamente uma cesárea por sugestão de um médico da instituição.

Através desta classificação, minha intenção é expor dois possíveis caminhos traçados durante as gestações, até chegar, ao momento do parto, à MBN. Entende-se que cada grupo representa uma realidade e diferença especial (ter designada a MBN ou escolher a MBN), porém tal classificação não é um instrumento para analisar de maneira homogênea o interior de cada grupo, porque de fato, dentro deles também é visível uma pluralidade de trajetórias, experiências e sentidos.

Essa diferenciação, que foi uma distinção analítica no projeto de pesquisa e logo foi cautelosamente construída no decorrer no campo, foi acentuada nas entrevistas a membros da equipe de trabalho da MBN. Foram entrevistadas: uma enfermeira, uma ex-médica, uma ex-residente, uma ex-coordenadora, e três doulas voluntárias, sob a mesma modalidade das entrevistas feitas às mulheres. A duração dessas entrevistas varia entre uma hora e quatro horas. Em cada uma delas surgiu por parte da entrevistada, ou eu perguntei, sobre a população usuária do serviço da MBN, e todas me falaram sobre a diversidade de mulheres que procuram assistência lá, diferenciando-as em dois grupos:

Tem a população da região, em geral mulheres pobres, de baixa escolaridade, jovens (menores de 20 anos), sem informação sobre o processo de parto, muitas chegam sozinhas para parir e sem roupa para o bebê e para elas; e também tem mulheres profissionais, com plano de saúde, que moram longe da Maternidade e escolhem ir parir lá. Tivemos até um casal de São Paulo que escolheu vir aqui (Manuela).

Todas as entrevistas à equipe de trabalho expressaram essa diversidade relativa às características das usuárias. Minhas entrevistas iam me mostrando esses dois grupos, mas com cruzamentos que me permitiram enxergar algumas convergências e divergências entre as

mulheres da região sul e as demais, especialmente relativas ao capital cultural, aos sentidos atribuídos aos processos corporais femininos e às práticas de parto. Também, nem todas as mulheres que entrevistei na região sul tinham recursos econômicos escassos. Ou seja, meus dados etnográficos matizam um pouco essa diferenciação rígida que os informantes da equipe de trabalho me passaram.

Por outro lado, as entrevistas às mulheres tornaram-se momentos de “*observação participante*”. Se supõe que a ferramenta da entrevista habilita mais a observação que a participação por parte do pesquisador mas, segundo Guber (2004), a observação requer um mínimo de participação, e “la diferencia entre observar y participar radica en el tipo de relación cognitiva que el investigador entabla con los sujetos-informantes y el nivel de involucramiento que resulta de dicha relación” (GUBER, 2004, p. 57).

Assim, fazer as entrevistas na casa ou no trabalho das mulheres me permitiu enxergar para além do que a própria conversa trazia, e enquanto as mulheres estavam lembrando suas experiências e construindo o relato do vivenciado, eu voltava também minha atenção para o espaço doméstico, tentando focar em aspectos materiais da casa (exceto na casa da Pamela, em todas as casas, desde as mais simples até as mais espaçosas e confortáveis, havia um grande sofá onde a mulher amamentava a seu filho/a e em geral acontecia a entrevista), na demanda dos filhos, no ritmo das atividades da casa (limpeza, compras e preparação de alimentos), como também nas disposições e expressões corporais entrelaçadas com a fala, principalmente o choro, o tom da voz, o sorriso, o jeito de colocar as costas e segurar o filho, o tônus muscular, entre outras. Esses relatos carregados de emoções de todo tipo, vinculadas ao processo de gestação, parto e puerpério inevitavelmente faziam familiar o “estranho”, reverberando em minha experiência de grávida e mãe, e fazendo que compreendesse nitidamente alguns aspectos, mas também me exigindo um limite para não dar curso a minhas significações e sentidos no ato de visualizar os sentidos das nativas.

Assim, embora a observação possa envolver uma mínima participação, eu não estava participando do jeito que um pesquisador o faz por exemplo numa aldeia ou numa instituição na qual assume alguma tarefa em retribuição à possibilidade de fazer sua pesquisa. Poderia se dizer que minha participação era muito mais passiva, e que não passava de segurar os filhos para que a mulher consiga ir ao banheiro. Porém, poderia atribuir algum lugar à minha atenção que estava se abrindo a muitas coisas ao mesmo tempo? Voltando à citação de Guber sobre a operação cognitiva, em que medida se pode validar a atenção do pesquisador como uma forma de participação? Seguindo a orientação metodológica do *embodiment*, Csordas considera que a experiência corporizada se torna o ponto de partida para analisar a participação humana no

mundo cultural. Assim, inspirado na ideia de Bourdieu do corpo como *locus* de práticas sociais, e de uma vertente de pesquisadores seguidores de Merleau-Ponty que reconhecem o *embodiment* como a condição existencial onde se encontram cultura e sujeito (o lugar onde começa a consciência perceptual, isto é, a atenção do sujeito desde o corpo em imbricação com o mundo cultural), Csordas elaborou o conceito “modos somáticos de atenção”.

Segundo Csordas, os modos somáticos de atenção são modos culturalmente elaborados de criar atenção *a*, e *com*, o próprio corpo, em ambientes que incluem a presença corporizada de outros. Assim, levar a atenção a uma sensação corporal não é levar a atenção ao corpo como um objeto isolado, senão à situação do corpo no mundo. “Tendemos a pensar isto como uma função cognitiva mais que como um compromisso corporal” diz Csordas (2010, p. 87). A ideia de modos somáticos de atenção sugere então que criar atenção ao próprio corpo pode dizer algo sobre os outros que estamos observando, incluindo, aliás, também a atenção aos corpos desses outros. Algo assim como envolver a atenção *a* e *com* o corpo na imediatez do entorno intersubjetivo, o que tentaria ser “a elaboração cultural do compromisso sensorial” (Ibidem). Atenta ao perigo das projeções das próprias sensações e sentidos, em algum ponto minha *participação* estava acontecendo ao colocar meu corpo como lugar de atenção, e as minhas sensações como guias e ferramentas de interpretação na conversa. Por isso, embora começasse o encontro com as mulheres partindo de um formato de entrevista, a conversa sempre ia criando seu próprio caminho, na medida em que a vontade da fala da entrevistada (tingida do privilégio para alguns aspectos marcantes em sua experiência que precisavam muito ser falados) e minha “intuição”, baseada nessa escuta do que o próprio corpo ia me dizendo, traçaram o diálogo. Minha trajetória nos últimos anos inevitavelmente molda a forma de enxergar o campo. Fui mãe há três anos, me envolvi com movimentos de parteiras e doulas na Argentina, tinha presenciado rodas de gestantes e puérperas enquanto estava grávida e fiz um seminário sobre parto humanizado na Universidade Nacional de Córdoba em que também circulavam experiências de diversas mulheres. Chegada em Curitiba comecei a estar em contato com equipes de “parto humanizado domiciliar”<sup>16</sup> e do “parto na tradição”<sup>17</sup>, presenciando algumas rodas de gestantes e puérperas e ouvindo mais experiências. Também fui criando amizades vinculadas à maternidade nas quais compartilhamos nossas experiências. Por outro lado, trabalho com a corporeidade como professora de yoga e como apaixonada pelas práticas de movimento corporal consciente. Embora meu itinerário em espaços vinculados à gestação, ao

---

<sup>16</sup> Equipes de enfermeiras obstétricas que assistem parto domiciliar.

<sup>17</sup> Parto na Tradição é o nome atribuído aos partos assistidos por “parteiras na tradição” que formam parte da ESCTA.

parto e ao movimento corporal não faça parte desta pesquisa, incide no olho da pesquisadora na hora de observar e levar a atenção a algumas sutilezas nas expressões corporais das mulheres e às minhas próprias sensações corporais. Tinha visto muitas vezes como os olhos começam a se umedecer e a voz começa a ser menos nítida quando a puérpera vai entrar numa fase do relato onde expõe alguma violência obstétrica, uma escolha determinante ou uma grande dificuldade do parto. Tinha visto como as mãos começam a tremer com o choro. Tinha percebido uma postura especial (com os ombros para frente e as dorsais curvas) nas mulheres que estão no puerpério imediato, que diz um pouco sobre a ação de dar colo contínuo ao bebê e outro pouco sobre o cansaço. E também comecei a perceber como esses olhos, quando úmidos, modificaram minha energia, sentindo repentinamente mais frio ou calor, ou como o choro delas abria também meu choro. Esse leque de expressões e disposições corporais foram de meu interesse, dando-me a permissão de não prescindir de minhas sensações corporais na hora de ouvir e olhar (o ouvido e a visão ainda como sentidos privilegiados) os relatos das mulheres.

A leitura do corpo é uma operação metodológica fundada no ato existencial do corpo como ser no mundo, ou seja, parte tanto da experiência situacional que a fenomenologia tenta desvendar, quanto dos códigos e signos sociais que esse corpo comporta, nos que a linha teórica analítica representacional tende a focar. Segundo Csordas, embora em alguns autores prevaleça o olhar fenomenológico tentando se livrar da interpretação representacional predominante na antropologia, é difícil privilegiar um em detrimento da outra, sobretudo ao compreender que muitos objetos de estudo demandam que esses paradigmas atuem em complementaridade. Assim, nutrida por essas vertentes que sinto potenciadoras do trabalho com entrevistas e da temática, foi se criando o caminho do trabalho de campo.

## **2.2 Reconstruindo labirintos: trajetórias e estratégias das gestantes em seu vínculo com o SUS**

Através das políticas públicas voltadas ao processo gestação-parto-puerpério (Rede Cegonha, Mãe Curitibana, Mãe Paranaense), o SUS busca articular a rede de atendimento às mulheres, desde o começo da gestação até os controles de pós-parto. Nessa seção tentarei trazer as trajetórias e itinerários das mulheres nessa rede que envolve os postos de saúde e as maternidades, e no princípio posso dizer que se algo caracteriza tais itinerários é que eles não são traçados como quem traça uma linha reta, senão que representam melhor a imagem de um labirinto, uma linha que vai se desenhando em múltiplas direções até chegar a uma saída. O material etnográfico para a construção dessa seção provém de perguntas que visavam que a

mulher lembrasse a situação de vida no momento prévio e na concepção, como também o percurso do processo gestacional.

A maioria das mulheres, assim que souberam da gestação, começaram a fazer os controles médicos no posto de saúde mais próximo a sua casa. Algumas delas (do primeiro grupo) tinham plano de saúde e procuraram no início da gravidez consultar obstetras que trabalham pelo convênio, mas logo passaram a alguma unidade de saúde do SUS por não se identificar com o olhar do obstetra do plano, enquanto outras escolheram diretamente ir para o SUS. A propósito disso, Samara diz: “depois de estudar tive certeza de que queria um parto natural, mas percebi que se fosse pelo plano de saúde teria mais possibilidades de passar por violências”. Kelle diz: “optei o SUS já que pelo plano de saúde a maioria dos médicos são cesaristas”. A expressão da Kelle representa a experiência de várias mulheres no setor privado de saúde, que sentiram nas consultas o imperativo do médico de marcar uma cesárea quando estavam em condições de um parto natural. Ante essa situação, acudiram aos postos de saúde para continuar os controles.

Nos postos as gestantes fazem o seguimento do processo de gestação e os exames fundamentais de cada trimestre, recebendo o encaminhamento à maternidade de referência para o parto, designada pelo SUS segundo sua localização residencial. O principal documento que acompanha esse processo é a chamada “Carteira de Pré-Natal” do programa Mãe Curitibana, onde vão se registrando cada consulta e os valores dos exames. Ela tem na primeira folha indicações sobre em quais situações (descrevendo uma série de sintomas) a gestante deve fazer uma consulta médica de urgência. As seguintes folhas são destinadas a antecedentes pessoais, familiares, e obstétricos, logo em seguida uma folha para agendar os atendimentos de pré-natal, e as páginas restantes destinadas aos exames, preenchendo em cada um deles a data e os valores. A carteira é dividida em duas cores (a primeira parte verde para gestantes de baixo risco e a segunda vermelha para gestantes de alto risco). Trata-se do documento que acompanha todo o processo de gestação e o principal nexo de informação na articulação da rede postos-maternidades. A carteira torna-se um documento muito relevante pois contém o registro de cada consulta e dos exames médicos trimestrais. Se nesta pesquisa eu houvesse optado por me inserir no mundo administrativo e burocrático do SUS com certeza teria tido acesso a maiores dados para reconstruir com minúcias essa rede, mas não foi essa a escolha nem o foco deste trabalho. O que me interessa é compreender como as mulheres chegaram à MBN, suas buscas particulares segundo suas noções sobre parto, corpo, maternidade, e suas experiências corporais durante a gestação, o que inerentemente reflete na maneira em que se dá a articulação dessa rede postos-maternidades, e na qual este documento parece ser fundamental.



Embora a Rede Cegonha estabeleça diretrizes gerais para se aplicar em todo o país, as experiências das mulheres no SUS permitem entrever a diversidade de abordagens teórico-práticas relativas aos processos de gestação, parto, e puerpério, dentro dessa rede constituída pelas unidades de saúde dos bairros e as maternidades.

Ao começar a falar sobre a situação de vida no momento da concepção e no primeiro mês da gestação, muitas manifestaram a sensação de confusão produzida pelos diversos sentidos sobre gestação e parto que estão em circulação. Assim, a maioria tinha conhecimento das gestações e partos de sua mãe e das mulheres da família, algumas também tinham, ou começaram a ouvir ou procurar informação sobre o parto humanizado, enquanto também se encontraram com os sentidos da visão médica obstétrica dominante (o que chamamos paradigma tecnocrático) da mão de algumas médicas e enfermeiras da rede privada ou dos postos de saúde. Assim, as trajetórias labirínticas das mulheres em seu vínculo com o SUS estão permeadas pelo encontro e cruzamento de várias significações, o que para algumas gerou situações ambíguas que levaram a idear estratégias para se manter na rede do jeito mais acorde a suas próprias noções e desejos. Uma delas me falou: “a médica do posto não era humanizada (referindo-se especialmente a um trato pouco amoroso, à velocidade do atendimento, e ao lugar da médica como autoridade do saber), mas as enfermeiras sim, então eu perguntava tudo às enfermeiras”. Outra diz que o médico do posto numa das primeiras consultas fez uma analogia da gestação com um avião em que o médico é o piloto. Aí ela percebeu que com esse médico não ia ter possibilidade de se sentir protagonista de sua gestação e do parto, e pediu para fazer as consultas com outro médico.

Portanto, dada a autonomia da Secretaria de Saúde de cada Estado e de cada cidade na implementação da Rede Cegonha, os relatos parecem me indicar que nos contextos dos postos e das maternidades existem interstícios entre as diretrizes gerais da política e as tradições institucionais ou “jeitos de fazer” históricos, em que as características do modelo tecnocrático permanecem junto a novas iniciativas<sup>18</sup>. Assim, a articulação dos postos e as maternidades não está dada exclusivamente pela base teórica que sustenta essa política voltada à saúde reprodutiva da mulher, senão que se encontra mais bem baseada no nível instrumental/operativo, isto é, no registro documental que opera de mediador entre uma e outra instituição. Por conseguinte, nos primeiros meses da gestação, enquanto vão preenchendo a carteira que vai lhes acompanhar até o nascimento (que usualmente chamam de carteirinha), as mulheres vão se encontrando com diversas visões sobre os processos fisiológicos da gestação

---

<sup>18</sup> Quando me refiro ao modelo tecnocrático faço referência às características citadas no capítulo um, considerando as nuances desse sistema de nascimento em cada contexto.

e do parto, dependendo dos/as médicos/as e enfermeiros/as com os que vão tendo contato. Isso permite elucidar, seguindo Fassin (2015), que a produção do Estado acontece nas ações individuais e coletivas dos agentes estatais (neste caso da rede de saúde), constituindo uma esfera de sentidos intermediária entre políticas e práticas, estando os agentes atrapalhados nessas redes e esferas de significados dentro das instituições. Este olhar ajuda a perceber superficialmente tanto os cenários institucionais quanto a articulação entre eles, com um olhar menos rígido do que aquele que tende a ver os organismos estatais como um todo monolítico e coerente, e enxergando melhor suas ambivalências e paradoxos (PANTALÉON, 2004).

Por outro lado, a carteirinha como documento tem o poder de fixar variáveis numéricas que às vezes são efêmeras e poderiam não ser representativas da situação de vida da mulher gestante, mas sim da experiência fenomenológica do corpo gestante num momento dado de sua relação com a instituição. No caso da Jaqueline (puérpera, psicóloga), ela relata que sempre teve plano de saúde e muitos prejuízos em relação ao SUS, mas na gravidez o marido ficou desempregado e embora tenha continuado pagando o plano, começou a fazer o seguimento no posto de saúde, e os exames tanto pelo SUS quanto pelo convênio. Ela relata sua estratégia de fazer todos os exames que a médica do posto solicitava para não ter problemas na hora do parto. Em comparação com a experiência da gestação anterior (na qual fez os controles só pelo plano de saúde), sentia que no SUS os controles eram muito mais rápidos e considerava que a médica do posto não era humanizada (voltando àquela ideia da velocidade do atendimento, ao trato, e ao lugar do médico como autoridade). Durante os controles começou a ter pressão alta, percebendo que a situação de se encontrar com essa médica a fazia se sentir nervosa, acelerando seus batimentos cardíacos e subindo sua pressão. Ela media sua pressão em casa todos os dias e no momento prévio de ir para o posto, encontrando-se nos valores normais. Mas quando estava na consulta a pressão subia e ela era consciente de que a situação de falar com aquela médica produzia tal nervosismo. Assim, na carteirinha ficaram registrados os valores da pressão alta de cada consulta, e ela temia ser caracterizada como “gestação de risco”, situação que tem protocolos especiais na hora do parto. Finalmente em sua carteira, sua gestação não ficou dentro dessa classificação, e conseguiu parir na MBN, que atende exclusivamente a gestantes de baixo risco. O que mostra o caso da Jaque é justamente esse poder da materialidade na produção e fixação de valores numéricos que derivam em situações taxonômicas, determinando em parte os procedimentos do processo da gestação e parto, e que podem não estar vinculadas exclusivamente à saúde, entendida como um estado geral da paciente, senão ao encontro da gestante com os sentidos que estão em circulação dentro da instituição, da mão dos agentes de saúde, e o que dito encontro produz em sua emocionalidade.

Assim, no caminho da gestação as mulheres foram criando uma série de escolhas à medida que iam vivendo as experiências dos controles médicos. Segundo suas identificações com a visão do médico do posto de saúde e com o jeito de assisti-la no controle, foram elaborando *estratégias* para traçar esse percurso até o parto, às vezes passando por vários obstetras e fazendo controles em paralelo. Além desses controles, o vínculo com o SUS vai se constituindo também pelas experiências anteriores de gestação (se tiver), pelas ideias e noções que a mulher tem sobre a gestação e sobre o SUS, e pelos relatos de outras mulheres. “Eu tinha uma visão romântica e ingênua do SUS, por isso decidi fazer o parto pelo SUS” disse Carolina (puérpera, médica), enquanto Jaqueline disse “eu sempre ouvi que o SUS não era bom”, relato semelhante ao depoimento da Alliene Luz (puérpera, gerente de negócios): “eu sempre pensei que o melhor era ter plano de saúde”.

A maioria das mulheres entrevistadas foi percebendo na gestação os diferentes olhares e sentidos atribuídos ao parto, tanto dentro do sistema médico quanto no meio social, o que as levou a pesquisar sobre as novas evidências científicas que sustentam o ideário da humanização, e entrar em contato com doulas ou espaços multidisciplinares de assistência emocional e informativa para gestantes. Das 18 mulheres entrevistadas, 14 tiveram informação sobre as práticas desaconselhadas e as recomendadas pelas novas evidências científicas. Ou seja, tanto as que escolheram a MBN quanto algumas das que chegaram por designação regional tinham informação do modelo de assistência da instituição. No entanto, os diversos itinerários foram se traçando tanto na busca de opções de assistência e acompanhamento à gestação como também na busca de instituição para o momento do parto. Remetendo-me aos dois grupos de mulheres identificados, esboçarei a trajetória de uma mulher de cada grupo, sob o intuito de identificar sua relação com a rede de saúde pública, os sentidos de gestação e parto em circulação, e a forma em que se deu sua chegada à MBN.

Amabile, com 35 anos no momento da entrevista, mãe do Leonardo de 10 anos e do Vicente de 1 ano, professora de letras e casada (marido com 36 anos), pertence ao primeiro grupo de mulheres, isto é, aquelas que escolheram a MBN por sua proposta de assistência humanizada e que moram em diversos bairros da cidade (escolha que traz inerentemente a decisão de se deslocar nos pródromos do trabalho de parto, sendo notório que a maioria tinha calculado quanto tempo levava o traslado de sua casa à instituição).

Cheguei à Amabile através do grupo de Facebook de adeptas ao parto humanizado e, tendo ele se mostrado interessada em participar da pesquisa, combinamos um encontro em sua casa no São Braz. Ela vem de uma família de classe média, filha de mãe que ficou em casa enquanto os filhos/as cresceram e que se formou depois em pedagogia, começando sua carreira

profissional na área, e de pai formado em agronomia e empresário-empREENDEDOR. O nascimento dela e de seus irmãos foram de cesáreas. Amabile se tornou mãe do Leonardo aos 25 anos, estando num relacionamento instável e incipiente com Diego, pai de seus dois filhos. Ela relata ter passado uma gravidez tranquila mas também difícil por não ter sido planejada, produto de sua relação instável com o parceiro, e diz haver “surtado” (sua expressão) na metade da gestação, saindo de Curitiba e indo a morar em Campo Grande (Mato Grosso do Sul) com sua mãe, alegando que necessitava pensar e se afastar de sua casa para aceitar a gestação e vivê-la. Disse ter sentido o desejo do parto natural, mas ouvir na fala das enfermeiras e médicas do posto “para que quer parto natural, isso é bobeira”. Assim foi à maternidade para uma consulta na semana 40 e acabou numa indução que derivou numa “cesárea desnecessária” segundo ela, por indicação do obstetra, passando por várias violências que depois de um tempo conseguiu identificar, entre elas ficar sozinha durante e após a cirurgia (não deram permissão ao parceiro para acompanhá-la), e a impossibilidade de ter contato com o bebê após o nascimento e de amamentá-lo, contato que começou a se estabelecer algumas horas após o nascimento, amamentando-o até o primeiro ano de vida. Relata ter passado por um puerpério muito difícil, devido ao choro intenso e constante do bebê que foi diagnosticado autista pelo pediatra nos primeiros meses de vida. Ela diz não ter conseguido dormir nos primeiros dois anos do Leo, e haver emagrecido muito por causa do cansaço. Aos 5 meses de vida do Leo, voltou a Curitiba e foi morar junto com o marido na casa da sogra. Enquanto a entrevista transcorria na primeira sala de sua casa, Leo estava em seu quarto cantando muito forte, e num momento abriu a porta, veio até mim me cumprimentando com a mão (a meus olhos com um jeito de senhor), e se apresentando: “Boa tarde, eu sou Leo, prazer em te conhecer”. Na mão tinha vários mapas e Amabile me contou que tem obsessão pelo estudo das distâncias entre cidades, e que passa parte do dia observando e estudando mapas. Passado o primeiro ano de vida de Leo, ela começou a estudar letras, chegando a se graduar e pós-graduar. Passando dos 30 anos, Amabile sentia-se num relacionamento sólido com Diego, com maior estabilidade emocional e econômica, morando em sua própria casa, e decidiu começar a busca uma segunda gestação, o que levou 3 anos, acontecendo no meio uma perda gestacional. Nesses anos se adentrou em leituras sobre o parto humanizado, informando-se sobre procedimentos e protocolos sugeridos pelo paradigma da humanização e acompanhando amigas grávidas. Ela diz que ter acesso a essas leituras mudou sua forma de ver a medicina, começando a se questionar sobre os médicos para além do parto, repensando sobre o olhar dos pediatras e abrindo-se às possibilidades de buscar segundas opiniões quando considerar necessário. Isso a levou também a ampliar suas formas de entender a cura, começando a fazer uso de ervas medicinais e de óleos essenciais, remetendo-se aos

saberes sobre plantas medicinais de seu avô. Aos 34 anos ficou grávida do Vicente, sentindo muita alegria e relatando ter passado por uma gestação bem semelhante à anterior, mas sentindo-se mais cansada e com mais azia. Durante a gestação trabalhou dando aula no ensino básico e tinha planos de fazer yoga ou caminhada, mas não conseguiu fazê-los, enfatizando o cansaço e manifestando sua vontade de ficar em casa e só “viver a gestação”. Em relação aos controles do pré-natal ela fez três tipos de consultas, por um lado como empregada do Estado tinha a possibilidade fazer o pré-natal no SAS, onde segundo ela só há um obstetra que é cesarista, porque uma amiga sua lhe contou que na primeira consulta ele já deixou claro que não assiste parto natural, só cesárea. Por outro lado, começou a fazer consultas com um obstetra muito reconhecido na cidade por estar à vanguarda da humanização dos nascimentos, e formar parte de uma equipe de obstetras que assistem “parto humanizado” na rede privada, cobrando uma elevada taxa de disponibilidade para o nascimento. Ela gostou, mas desistiu achando muito cara a taxa, e indo pela opção do SUS depois de ler muitos relatos de partos na rede pública. Então continuou com os controles na Unidade de Saúde de São Braz, tendo o apoio do marido nessa escolha. Nesse caminho soube da MBN, e uma doula lhe indicou que podia solicitar a mudança de maternidade, já que de acordo com a jurisdição lhe correspondia a Maternidade Mater Dei. Todas as mulheres deste grupo que representa a trajetória da Amabile tinham designadas outras maternidades (Mater-Dei, Maternidade Victor Ferreira do Amaral, Hospital do Trabalhador), e algumas desejavam um parto domiciliar, mas não conseguiam financiá-lo. Também todas tiveram contato com sua maternidade de referência, seja fazendo uma visita ou ouvindo relatos de mulheres, e tanto pelo recebimento e o que observaram na visita, como pela quantidade de relatos de mulheres que passaram por violência obstétrica nessas instituições, decidiram procurar outra opção. Através de diversos meios (por indicação de suas doulas ou de outras mulheres, e seguindo a informação que circula nos grupos virtuais), souberam que tinham a possibilidade de solicitar a mudança da maternidade de referência.

No caso da Amabile, ela se decidiu por pedir a transferência para a MBN e diz:

Eu pensei puxa vida, vou ter que brigar num momento que não dá, que meu corpo tem que estar tranquilo. A doula me passou muitas dicas sobre como proceder. No posto eu conversei com a médica que queria mudar de maternidade. Só que para tudo tinha que brigar, exigir, obrigar ou falar de forma exigente. A médica me falou que não, que era mesma coisa, que ficaria na Mater Dei, aí eu falei que não, que eu posso escolher, que era meu direito, não cheguei a brigar na verdade, mas ela sabe o que estava falando, e a partir daí mudou até a relação comigo, porque esses médicos se acham muito donos da verdade e lidam com uma população um pouco mais carente, com menos conhecimento de seus direitos e que aceitam tudo, acreditam neles. Então depois dessa conversa ela começou a me tratar melhor. Aí fui com a enfermeira, que atende a muita gente durante o pré-natal, na verdade nem é a médica quem atende, é a maioria do tempo a enfermeira, e ela foi muito mais humana, ela conversava, ela

tinha no trato do dia a dia um jeito muito mais acessível que a médica. Aí pedi para ela mudar de maternidade, e ela pegou no sistema (computador) e mudou. (Amabile)

O que a experiência da Amabile, semelhante à de outras mulheres, deixa entrever é uma certa arbitrariedade no processo de mudança de maternidade, ou seja, ouvir as experiências de todas as mulheres do grupo me levou a olhar um leque de situações, caminhos e possibilidades que indicam que cada trajetória é especial, algumas marcadas por obstáculos e outras mais simples. Assim, esses itinerários “labirínticos” foram se delineando na medida em que as grávidas foram elaborando *estratégias* em relação a seus desejos e ao atendimento recebido na unidade de saúde. Fazendo um parêntese no relato da Amabile, desde um olhar bourdiano sobre *estratégia*, entendo as ações criativas produzidas em profunda relação com os capitais (cultural, social, econômico), sendo em parte conscientes e em parte ancoradas nos *habitus* e relativas ao meio social em que se desenvolve a vida da pessoa. Tais estratégias podem se identificar com o que Bourdieu (2011) chamou *estratégias profiláticas*, que são aquelas destinadas a preservar o patrimônio biológico, assegurando os cuidados contínuos ou descontínuos destinados a manter a saúde, e em termos mais amplos, garantindo uma administração razoável do capital corporal. Assim, essas estratégias envolvem relações de dominação e de forças, seja dentro da própria família da gestante (muitas delas manifestaram enfrentar a visão cesarista dominante na família e em seus círculos sociais), ou no vínculo da gestante com o sistema médico. Neste sentido, levar a atenção às estratégias me permite identificar que elas se tratam não só da busca de uma opção que garanta seus desejos e expectativas, no plano das ideias, mas também que se traduzem numa disposição corporal de busca, de movimento físico e emocional, de deslocamento citadino, de bater portas e falar com diversos funcionários subindo escadas e subindo ou descendo também na hierarquia de cargos dos postos de saúde. Olhar as estratégias como práticas dos sujeitos leva inevitavelmente a focar na disposição existencial dos sujeitos no agir. Assim, é preciso perceber que não se trata só da solicitação de mudança do hospital, mas sim da presença do corpo com todas suas dimensões no ato de solicitar tal encaminhamento, o que exige em primeiro momento uma atitude de segurança, certeza e firmeza sobre a escolha, e em alguns casos, como relata Amabili “uma atitude de luta”. Isto é, a ideia de mudança de maternidade replica-se numa busca que envolve a presença de um corpo gestante se colocando num âmbito social, em prol desse desejo.

Ouvir trajetórias de gestação semelhantes à da Amabile me levou a compreender que o processo de encaminhamento do posto a outra maternidade que não seja a designada regionalmente pelo SUS está ligado à arbitrariedade dos procedimentos da articulação da rede postos-maternidades, e à inexistência de uma norma ou procedimento formal geral e abrangente

para toda a rede. Assim, aqueles itinerários mais simples são os das mulheres que conseguiram mudar de maternidade só manifestando sua vontade ao médico/a, enfermeiro/a, secretário/a ou chefe da unidade de saúde. Outras tiveram que apresentar uma nota formal à Prefeitura solicitando a mudança, que em alguns casos foi aprovada logo após um mês e em outros, como no caso da Samara (puérpera, auxiliar de serviços escolares e estudante universitária) foi rejeitada várias vezes. Ela me contou que na semana 26, ao entrar em grupos, redes de apoio de gestantes e em contato com doulas, e começar a estudar sobre parto humanizado, percebeu que o posto de saúde não tinha essa visão em relação ao parto natural, e pensou em fazer o parto pelo plano de saúde, mas escolheu ir à MBN para conseguir o parto humanizado. Logo depois da solicitação de encaminhamento para a MBN ser rejeitada 3 vezes, pensou como estratégia apresentar um comprovante de residência da casa de sua avó, que mora no Bairro Novo, para declarar mudança de endereço e assim conseguir a derivação direta à instituição. Mas decidiu ir pelo plano B, como outras mulheres que após muitas tentativas não conseguiram o encaminhamento: chegar parindo à MBN. Esse foi também o caso da Mariana, que teve rejeitada sua solicitação sob o motivo de que não poderia ser aprovada estando já na semana 37 da gestação, e o caso da Allienne, da Ana Paula, da Karllen, e da Kelle.

A possibilidade de chegar à MBN no trabalho de parto, sem ter a derivação, não é informada nos postos nem na visita à MBN, mas segundo o relato de uma ex-residente e uma enfermeira, toda mulher que chega parindo é assistida. Assim, poderia se dizer que a confluência das gestantes deste primeiro grupo à instituição se deu porque conseguiram mudar de maternidade ou porque fizeram a escolha de chegar parindo.

O caso da Karllen é significativo ao pensar a criação de estratégias dentro desses itinerários na rede de saúde pública. Ela relata ter sido classificada “gestante de alto risco” e encaminhada do posto de saúde à Mãe Curitibana (unidade especializada em atendimento gineco-obstétrico) por levar uma dieta vegetariana, situação que, no olhar da médica do posto, precisava um seguimento de perto e era motivo para classificar como alto risco. Assim, ela foi à consulta na Mãe Curitibana e se sentiu bem atendida por uma médica que também dizia ser vegetariana. Karllen tentou um parto domiciliar que teve muita demora logo depois de chegar à dilatação total, então decidiu ir para a MBN. No mundo do parto domiciliar a MBN é reconhecida por ser a instituição que recebe com melhor disposição na cidade as derivações domiciliares (isto é, não questionar nem invalidar a escolha da gestante de um parto domiciliar)<sup>19</sup>. Antes de ir para a MBN, ela riscou os detalhes preenchidos na parte vermelha da

---

<sup>19</sup> Um dos motivos pelos quais a Maternidade é referência na recepção de partos domiciliares com dificuldade é porque algumas enfermeiras que trabalham lá também assistem partos domiciliares. Mas o que o pessoal

carteirinha, porque sob essa classificação não seria assistida lá, uma vez que a Maternidade só recebe gestantes de baixo risco. Ao chegar, apresentou sua carteira com as folhas verdes incompletas pois os exames estavam na parte vermelha, correspondentes a alto risco e agora riscados. Na parte verde tinha o exame de GVS (exame de sangue) do primeiro trimestre com resultado positivo (o que indica uma alteração no nível de glóbulos vermelhos em relação à porcentagem considerada normal na hematologia), que logo no segundo trimestre tinha dado negativo, mas esse resultado negativo foi colocado na parte vermelha da carteira que agora estava riscada. Essa falta de informação na carteira e sua estratégia de riscá-la condicionou o processo do parto, já que a médica da MBN não tinha como constatar que o exame havia dado negativo, e segundo Karllen ela foi tratada como louca e irresponsável por parte dessa médica, por não ter completos os exames das folhas verdes.

Em relação ao segundo grupo de mulheres, ou seja, as que chegaram à MBN por designação direta do SUS e moram nos bairros próximos ao Bairro Novo, as trajetórias foram mais simples e menos conflitivas no vínculo com o SUS durante a gestação pelo fato de não terem que solicitar a mudança de instituição, porém não menores em relação às experiências e vivências durante a gestação e o parto.

Vou trazer o relato da Letícia, que morava no momento da entrevista no Alto Boqueirão, de 27 anos e mãe de segunda viagem. Cheguei a ela pela lista de contatos que me facilitou Luciana, a fotógrafa, e logo depois de várias idas e vindas para combinar um encontro, finalmente nossa conversa aconteceu em sua casa, pela manhã. Letícia mora numa casa de fundos com seu marido, com Rafaele, sua filha de 10 anos (presente no momento da entrevista), e com Jonas, de 2 anos. O interessante do relato dela é que embora não exponha situações conflitivas no vínculo com o SUS “durante a gestação”, como no caso da Amabile, ela comenta situações familiares interessantes que permitem enxergar seu universo de sentidos vinculados à gestação, ao parto e à maternidade, e por outro lado a riqueza de seu relato está em que os dois nascimentos foram na MBN em diferentes momentos da instituição, portanto o relato de suas experiências informa sobre sua trajetória no vínculo com o SUS, e enriquece meu olhar em relação à mudança do modelo obstétrico institucional e à nova conjuntura.

Ela ficou grávida pela primeira vez na adolescência, aos 16 anos, quando estava a dois meses namorando com seu atual marido. Nesse momento morava com sua família (mãe diarista e pai porteiro). Ela diz haver suspeitado que estava grávida e que fez 3 análises de urina e 1 de

---

entrevistado que trabalha na instituição manifestou é que nem sempre a parturiente que chega de uma derivação de um parto domiciliar é tratada com respeito. Depende da equipe de médicos que está de plantão e de sua visão sobre o parto domiciliar.



sangue e nenhuma indicou estado gestacional, mas dias depois comendo uma sopa com sua família sentiu enjoo e seu noivo comprou um teste de farmácia que indicou a gravidez. Relata ter passado uma gravidez boa, mas se escondendo dos âmbitos sociais por se sentir muito nova para estar grávida, e disse que seu pai perguntou para seu namorado se iria assumir seu lugar de pai, senão ele mesmo ia se ocupar de acompanhar a filha. O namorado continuou junto a ela, morando na mesma casa da família. Ela diz que ainda que estivesse grávida seu pai não permitiu que eles compartilhassem a mesma cama, porque para isso tinham que se casar, então o namorado ficava dormindo no sofá. Durante a gestação parou a escola e começou a trabalhar entregando panfletos. Em relação às sensações físicas, Letícia relata ter sentido muito sono, haver engordado 30 quilos e haver percebido o crescimento dos seios. Diz também que no final da gravidez teve a pressão um pouco alta e o relaciona com sua forma de ser, nervosa e estressada. Ela fez os controles na unidade de Jardim Paranaense, e disse que foram tranquilos, tendo sido designada à MBN para o parto. Conheceu a MBN através de uma visita e na época não existia a possibilidade de ter acompanhante no momento do parto. Na semana 38 de gestação teve uma batida no carro que impactou em sua barriga, e logo depois ela diz ter sentido muita vontade de comer manga, que foi uma fruta rejeitada durante toda a gestação. Nessa noite acordou com um corrimento estranho, chamou sua mãe e ela lhe disse que era a bolsa estourada. A mãe passou por 6 partos normais hospitalares e as experiências da mãe foram a única informação com a qual Letícia teve contato na gestação. Após perceber a bolsa rompida, tomou banho e foi para a MBN. A primeira sensação que teve lá foi solidão e medo, pois deixaram ela sozinha nas primeiras horas e sem luz. Passada a noite ela diz ter avisado a uma enfermeira que estava sentindo muita dor e receber uma resposta “grossa” por parte dela, com a frase muito conhecida “na hora de fazer tudo bem, mas na hora de parir dói”. Passou a dor deitada na cama e virava de lado quando se tornava insuportável. Nesse momento colocaram soro com ocitocina para induzir o parto. Após umas horas avisaram a ela que iria à sala de parto, e pediram que se deitasse para fazer, nas palavras dela, “o corte”, se referindo à *episiotomia*. Eu perguntei o que seu corpo pedia fazer nesse momento, perguntei se sentia vontade de gritar, chorar, se mover, etc., e me respondeu “gritar não, pois eles me falaram que se eu gritasse eles não me atenderiam”. Então, ante a dor ela diz se “expressar” para passá-la. A respeito dessa cena ela diz: “eu senti desnecessárias algumas formas deles agir, tá certo que você tá grávida, tem que ganhar o neném, não tem que fazer escândalo, mas precisa no momento de uma ajuda. A episiotomia levou 8 pontos que inflamaram e doeram muito”. Amamentou até os 4 meses e teve complicações com a amamentação, portanto continuou alimentando a criança com mamadeira. Em relação ao puerpério, diz ter sentido que estava numa nova etapa de sua vida, em que o

único que importava era a bebê e ela. Em relação ao marido, relata que ele acompanhava as questões domésticas assim que chegava do trabalho (obreiro metalúrgico e atualmente porteiro). Depois do nascimento começou a ter problemas de relacionamento com o marido, percebendo que ele tinha outros vínculos sexo-afetivos que a fizeram entrar em “desespero”, o que segundo ela a fez começar a “engordar de novo e nunca mais voltei” (havia emagrecido depois do parto). Nesse período eles saíram da casa da família e foram morar sozinhos. Ela relata ter passado muitas situações difíceis com o marido, que suportou por conta dos filhos, e que sabe que tem que pensar nela porque os filhos vão crescer, casar e sair da casa. Entre as duas gestações diz ter tomado anticoncepcionais, que deixou na busca de um “piá”:

Eu ia à igreja e as pessoas me revelavam, você vai engravidar, você vai engravidar, só que fui ao médico e tinha ovário policístico, ele me diz que não tinha possibilidade de engravidar. Aí fui ver a minha sogra que estava morrendo e ela me disse, não se preocupe que você vai ter um piá, chame a ele de Jonas. Quatro anos depois engravidei. Um dia fui fazer um controle ginecológico de rotina e a menina que o fazia falava, tem uma mancha, não sei que será, foi perguntar a outra que falou: como que não sabe que é, é um saco gestacional, está grávida. Era pequeno como um feijão, bem no começo, não tinha nem um mês. (Letícia)

Os controles desta segunda gestação foram na mesma unidade de saúde, e ela diz que tudo estava tranquilo até o último controle, em que segundo sua percepção já tinha 4 de dilatação e o médico fez um toque doloroso que ela descreve “como se tivesse rasgado até. Aí ele falou, está com 5 e meio de dilatação”. O médico a encaminhou à MBN, e quando eu perguntei em qual semana de gestação estava me disse: “na carteirinha aparecia semana 39, mas eu sabia que já estava na 41”. Embora ela não tenha me explicado o motivo pelo qual na carteira aparecia outra semana gestacional, isto traz novamente a ideia de que a carteira como registro material e nexos da rede postos-maternidades nem sempre responde às situações reais de vida e de saúde da gestante.

Ela não seguiu as indicações do médico já que tinha um aniversário, e durante o evento começou a sentir as contrações. Assim que chegou à MBN, às 11 da noite, tinha 8 e meio de dilatação e não sentia dor. Diz que a médica da MBN falou “você quer ter o neném no carro? não pode vir com 8 de dilatação”, e que no momento ouviram os batimentos do bebê e por meia hora parou de ter contrações. Ali, disse “me colocaram numa sala e falei que não queria toque porque o médico do posto me machucou”.

Essa frase mostra as diversas atitudes e narrativas das mulheres em relação à interação com a instituição, isto é, às vezes nos relatos elas mesmas descrevem uma atitude ativa e comandantes das decisões e vontades, e outras vezes descrevem situações nas que aparece

diminuída sua capacidade agencial ou submetida às decisões institucionais. Assim como Pamela ou Poliane, Leticia diz “me colocaram” para se referir à sugestão da enfermeira de passar à sala de partos (isto é, não foi levada contra sua vontade nem foi forçada fisicamente ou trasladada em cadeira de rodas), o que outras mulheres manifestam como “eu fui, ou nós fomos à sala de partos”. No entanto, ela expressou sua vontade de não receber a prática de toque, manifestando sua necessidade e escolha. Aí eu perguntei se tinha plano de parto e me respondeu “eu tinha o papelzinho sim, eu escolhi ganhar de cócoras, mas não ganhei de cócoras, eu falei que não queria ocitocina e não queria soro”. A expressão papelzinho também se diferencia das expressões de mulheres ativistas ou com adesão ao parto humanizado, que identificam o plano como um *documento* (ou seja, com algo bem mais formal que um papelzinho) ligado ao seu direito de escolher o tipo de práticas e procedimentos que desejam. Desta vez Leticia diz haver tido mais informação sobre o parto por ter participado de eventos informativos na Maternidade.

Depois de passar a noite na maternidade, de manhã aconteceu a troca de plantão e Leticia menciona a chegada de uma enfermeira atenciosa que perguntou seu nome e acompanhou o processo nas horas seguintes. Ela diz que colocaram soro novamente para induzir e liberaram a dieta, então conseguiu se alimentar, sem dar maiores informações sobre os motivos ou a escolha de ir à indução. Após comer a enfermeira falou “vamos fazer um passeio”, convidando-a junto ao marido a irem ao jardim e à sala de terapias complementares, onde fez escalda pés, e onde o marido recebeu instruções sobre como acompanhar com massagens, sendo “sensacional” para Leticia. Diz que nesse momento começaram a dançar por sugestão da enfermeira e que foi muito bom e muito louco “estar dançando no momento da dor”. Me comenta também Luciana estava tirando fotos e que ela fotografou seu parto. Ela diz que tanto no trato da enfermeira quanto pelo fato de estar sendo fotografada ela se sentiu importante, “como que realmente estava sendo importante para eles, num momento de tanta dor não ter abuso de palavras, foi totalmente o contrário dela” (sinalizando à filha, se referindo à experiência anterior). Aí me conta que passou toda a tarde em indução junto ao marido e que depois dumas horas, como o bebê não descia, o médico perguntou se poderia estourar sua bolsa, indicando-lhe os detalhes desse procedimento e as ferramentas que ia usar. Ela diz que sentiu muito alívio depois disso porque tinha sensação de leveza na barriga e na água quente saindo, e que não sentiu dor no momento até que depois de meia hora começou a doer mais, foi para o banheiro e logo se sentou sobre o marido e pediu para deitar-se no colchão “no chão”, recebendo glicose pois sentia muita fome e já não lhe permitiram se alimentar. Logo após esse momento falou à enfermeira que tinha vontade de fazer cocô e a enfermeira lhe indicou que era o bebê descendo, então foi para o banheiro e com três forças o neném nasceu, com a assistência da

enfermeira, o marido e a presença da fotógrafa. Ela diz que antes da última força a enfermeira sugeriu que ela gritasse para que seu corpo abrisse e conseguisse expulsar o bebê, portanto gritou e nasceu. Logo após o nascimento foi o marido quem cortou o cordão enquanto fazia uma oração. Nesse momento do relato ela compara o nascimento com um vídeo que assistiu no Facebook. Aí ela foi à cama, recebeu uma injeção para prevenir hemorragia e o bebê começou a mamar. Por último, deixando fora a parte de seu relato sobre puerpério, ela diz que recomenda sempre a MBN, e que assistiu um parto de uma amiga em outra instituição e percebeu as diferenças institucionais.

Resulta interessante advertir que as duas experiências de parto da Letícia têm a semelhança de passar pela mesma prática obstétrica, uma indução, e na mesma instituição, porém com significativas diferenças nos detalhes e minúcias com os que isto aconteceu, que alteraram suas impressões sobre o evento do parto após a segunda experiência. Assim, em seu relato, a “beleza do parto” parece estar nos procedimentos sugeridos, na possibilidade de “dançar” a dor, no acompanhamento da equipe que a assistiu (envolvendo também a fotógrafa e o marido), e nos significados em circulação relativos ao parto, para além das intervenções obstétricas (indução, glicose intravenosa, medicação para parar a hemorragia no pós-parto), que devém da realização de outras práticas como massagens, caminhada pelo jardim, escalda pés, acolhimento contínuo, fotografia, sugestões e abertura a possibilidades de uso do espaço físico, e que reverberam em suas noções prévias de acompanhamento, ajuda, “bom trato” e até de protagonismo: “eu me sentia importante”.

Assim, voltando ao eixo dessa sessão, por um lado as trajetórias e estratégias das mulheres no vínculo com o SUS permitem ver que a noção de “saúde gestacional” dominante na rede postos-maternidades se encontra ligada à materialidade, àquilo que pode se registrar com variáveis numéricas nos documentos, em detrimento das vivências e ações do cotidiano das mulheres, tanto no espaço doméstico e laboral quanto no próprio vínculo com o sistema de saúde. Como se o processo da gestação, que muitas delas definem carregado de emoções (medo, frustração, alegria, tristeza, dor, entre outras) e suas sensações corporais, passasse por uma peneira, ficando em relevância as variáveis numéricas dos exames que seriam os indicadores de saúde (que podem estar refletindo o estado do corpo em um momento particular e situacional, como o caso da pressão da Jaque), e se filtrando o bruto das experiências vivas dos corpos nessas trajetórias que são constitutivas de sua saúde e de sua gestação. Nesse sentido, segundo Monticelli (2017), vale dizer que a sensibilidade cultural do modelo humanístico resulta incongruente, incompetente e inconsistente se o referencial de apoio profissional incide sempre e com ênfase apenas nos ritos da cultura profissional, em detrimento da cultura das pacientes.

Tal como comenta Monticelli, Margaret Mead em “Understanding cultural patterns” (1969 apud MONTICELLI, 2017) desenvolveu a necessidade da enfermeira se envolver no universo cultural dos indivíduos para que o processo de cuidar se tornasse mais efetivo e respeitoso, mas sendo preciso para isso um profundo conhecimento da rede de símbolos, significados e experiências de vida das pessoas e os grupos. Assim, trabalhar de forma fundamentada na necessidade da mulher precisa tanto da integração das experiências biográficas dos corpos gestantes, como de uma reorganização e negociação das práticas de cuidado no processo de gestar, parir e nascer, de forma que os processos e eventos façam sentido “para elas”, como no caso da Letícia, e não somente para o quadro referencial da cultura profissional (MONTICELLI, 2017). Então, por outro lado, trazer as trajetórias e estratégias das grávidas convida a repensar a tentativa de humanizar os nascimentos, tendo em vista integrar as experiências da gestação como constitutivas de um processo que cimenta e ressignifica as noções de corpo, parto e maternidade em diálogo com os *habitus*, isto é, as disposições adquiridas na sua biografia, destacando-se também a gestação como um processo merecedor de cuidado, entendendo aqui um cuidado que abrace tanto as experiências corporais e emocionais da gestante (que podem ser ambíguas e não se corresponder exclusivamente com categorias fixas da medicina ou da psicologia) quanto os desejos, noções, emoções e sentidos que estão envolvidas em tais experiências e que terão lugar na última seção do capítulo.

### **2.3 “Você conhece lá?” Etnografia de uma visita técnica**

No decorrer das entrevistas ouvi recorrentemente a frase que intitula esta seção, já que as narrativas das mulheres relativas a suas experiências na MBN traziam questões vinculadas aos aspectos físicos e infra estruturais da instituição. Também, na conversa com Manuela, ela havia me falado das transformações da infraestrutura em relação ao novo modelo ou modelo “humanizado”. Desse modo, seguindo sua indicação, solicitei uma visita técnica à FEAES que foi agendada para o dia 25 de julho. Assim, conhecer o espaço físico da MBN e enxergar durante duas horas as dinâmicas mais palpáveis da instituição poderia me dizer algo em relação à ambiência constitutiva das experiências dos corpos em processo de parto e no puerpério imediato, como também ia me permitir ter acesso direto à informação sobre os protocolos, à conformação da equipe de trabalho, e às dinâmicas institucionais que estavam presentes nos relatos das mulheres.

A visita consistiu num passeio pelas instalações, acompanhada pela Lídia, uma jovem residente que habitualmente se ocupa desse trabalho, sendo o mesmo caminho que fazem as

famílias gestantes quando vão conhecer a maternidade. Cheguei de manhã, perto da hora combinada, ao que parece ser uma casinha de madeira azul, mas que se distingue como instituição pública pelos cartazes do exterior, a presença dos guardas de segurança e a pracinha em frente (que sinaliza que se trata de um espaço público). Aguardei numa cadeira da sala de espera em frente à recepção. Frente a mim estavam várias enfermeiras ou técnicas de enfermagem experimentando suco de maracujá, algumas delas jovens e outras de idade mais avançada. Na sala de espera havia poucas pessoas aguardando, e capturaram minha atenção as paredes da recepção com grandes fotografias de nascimentos em preto e branco que formam parte do acervo do projeto fotográfico “Parto Delas”, conduzido por Luciana Zenti no ano 2016. Anteriormente tinha entrevistado Luciana (fotógrafa e jornalista), que me contou que esse projeto foi apresentado por ela à Prefeitura com o intuito de registrar as experiências de parto humanizado, sendo aprovado pela FEAES sob a condição de que fosse útil para divulgar o trabalho da MBN (Manuela também tinha me falado sobre essa troca). O projeto teve um impacto tão forte no âmbito dos nascimentos humanizados, na mídia e no mundo da fotografia que significou por um lado o reconhecimento da fotógrafa tanto no país quanto no exterior, e por sua vez, o reconhecimento do trabalho da MBN através de uma premiação internacional à Prefeitura de Curitiba<sup>20</sup>. Luciana diz: “parece que a mostra mudou a energia, levantou o lugar”. Além disso, sua presença na instituição teve um viés antropológico, treinando seus olhos ante cada situação e registrando eventos e dados que poderiam ser de interesse etnográfico. Portanto, na lista que ela me forneceu estavam os dados de todas as mulheres fotografadas (nome, telefone, características do parto, acompanhante de parto, ocupação dela e do acompanhante, tipo de roupa, nome do bebê), a quem ela presenteou as fotografias. Na conversa me contou que sua atuação lá ultrapassou o objetivo de tirar fotos porque as dinâmicas de parto demandaram que sua presença se tornasse um acompanhamento emocional para as mulheres, confessando-me: “o primeiro dia cheguei e fiquei 26 horas, não conseguia sair de lá”, frase que também estava ouvindo nos relatos das doulas<sup>21</sup>.

Assim, a imagem pública da MBN na internet e na opinião pública parece estar associada às fotografias, como registros identitários do modelo humanizado nesse contexto. Ao entrar na instituição as imagens tornam-se talvez o mais chamativo, por se tratar do registro de

<sup>20</sup> Reconhecimento Parceria Sustentável por parte da Organização Mundial da Família (OMF), no ano de 2017.

<sup>21</sup> Segundo Luciana o projeto tinha 3 frentes: por um lado tornar público a proposta de parto humanizado no SUS, por outro, a valorização da equipe de enfermagem obstétrica, que estavam numa fase de consolidação profissional, e por sua vez, a incidência das fotos no orgulho e empoderamento das mulheres, com o objetivo de pensar como as mulheres constroem suas experiências de parto através das fotos. O projeto passou por inconvenientes vinculados à mudança de autoridades da Prefeitura, sendo fechada a verba destinada para sua realização, e criando a estratégia de verba pública para conseguir sua conclusão.

expressões corporais do processo de parto (choro, gritos, alegria, dor, etc.), como também do contato do recém-nascido com o corpo da mãe.

Logo após levar minha atenção às imagens, visualizei as portas que se abriam desde essa sala e seus cartazes indicativos: à direita, um cartório para fazer o registro do recém-nascido e uma sala de reunião, atrás da recepção o “centro de apoio”, e à esquerda os banheiros e armários.

Lídia, a guia residente, se dirigiu a mim, e me convidou a deixar minhas coisas nos armários e passar à sala de reunião. Nessa pequena salinha, assisti um vídeo que apresenta a proposta da MBN, mencionando os pontos em destaque: elaboração conjunta do plano de parto, livre posição da mulher na hora do parto, suíte de parto, utilização de práticas integrativas e complementares, técnicas não farmacológicas de alívio da dor, apoio empático por parte da equipe, programa de doulas voluntárias, respeito sobre a escolha de acompanhante, administração de ocitocina se for preciso no terceiro estágio do parto, oferta de líquidos, assistência feita por enfermeiras, carimbo da placenta (carimbo da placenta com pintura para levar como lembrança), comissão de aleitamento materno, contato pele a pele (primeiro contato da mãe com o bebê), banho de ofurô (banho vertical em que se submerge completo ao bebê numa banheira tipo balde), exames do recém-nascido (teste do pé e da orelha no colo da mãe depois de 48 horas de nascer), visita do irmão, oficinas, entre outros.

A maioria desses aspectos formam parte do ideário da humanização dos nascimentos, sendo alguns deles iniciativas do movimento pela humanização do parto que derivaram em legislações específicas, como por exemplo a Lei do Acompanhante, sancionada em 2005. Em relação ao plano de parto, trata-se de um documento que garante a liberdade da mulher, na medida em que estão registrados seus desejos vinculados às práticas obstétricas e portanto, além de prevenir a execução de alguns procedimentos contra a sua vontade, também é uma prova legal caso algum procedimento fosse realizado sem seu consentimento. Neste caso, a instituição oferece um formato de plano de parto para ser preenchido pela gestante numa das consultas prévias ao nascimento, a partir da semana 37<sup>22</sup>. Nele, a gestante declara estar ciente que o parto pode tomar diversos caminhos e que em seu transcurso gostaria de receber informação sobre as alternativas e os protocolos. A ideia central deste documento é que a mulher possa escolher condutas ou procedimentos que podem ser comuns no trabalho de parto, como infusão de soro com ocitocina (indução), rompimento artificial da bolsa amniótica, toques vaginais, entre outros; também escolher possibilidades para o alívio natural da dor (livre posição, massagem,

---

<sup>22</sup> Modelo de plano de parto em Anexos.

música, uso de bola de parto, escalda pés, chuveiro, caminhada, etc.). Por outro lado, estipula uma série de opções para o parto, isto é, a fase expulsiva, como a permissão (ou não) para que a barriga seja empurrada para baixo (manobra de Kristeller), liberdade na forma de conduzir as forças, episiotomia (corte perineal), penumbra, etc. Em seguida detalha opções vinculadas ao pós-parto, como o contato pele a pele, corte demorado do cordão com a possibilidade de ser feito pelo acompanhante, espera da saída espontânea da placenta com manejo ativo se necessário, uso de ocitocina sintética para a diminuição do sangramento pós parto; e outras vinculadas ao cuidado do bebê (aspiração das vias aéreas somente se for necessário, após do contato pele a pele, presença do acompanhante em procedimentos que não sejam realizados no colo da mãe e com prévio consentimento, e informação em casos de emergência). Por último, opções relativas à cesárea caso seja necessária (isto é, indicada pelos médicos ou solicitada pela mulher), como presença do acompanhante na cirurgia, ambiente tranquilo e silencioso, possibilidade de contato pele a pele e amamentação. No final o plano de parto deixa umas linhas para observações da paciente e do profissional e as assinaturas. As referências deste modelo de plano de parto foram recomendações da OMS de 2018, e foi inspirado no plano de parto do Site Despertar do Parto (empresa de São Paulo que atua em várias cidades do país promovendo capacitação e formação de profissionais envolvidos na humanização dos nascimentos e a casais gestantes), e adaptado pelas residentes de enfermagem obstétrica da Maternidade. Ao entrevistar as mulheres e alguns membros da equipe, e ouvindo à Lídia enquanto assistia o vídeo na visita, percebi que as opções do plano constituem de fato os procedimentos já protocolados pela instituição, então além da função de resguardo legal, o plano de parto é uma ferramenta exclusivamente informativa vinculado ao processo de parto e aos procedimentos institucionais, em especial para as mulheres que não tiveram contato com informação durante a gestação. Assim, o plano de parto junto ao vídeo operam como elementos instrutivos que expõem a proposta da instituição, mostrando uma série de procedimentos “humanizados” que são provados pelas novas evidências científicas obstétricas e que estão dentro das possibilidades deste contexto, isto é, delimita os caminhos dos processos de parto segundo as possibilidades e os protocolos institucionais (por isso, por exemplo, no plano de parto não existe a opção de levar uma doula particular, opção que existe em outras maternidades). A propósito disto, Lídia me diz que a maioria das mulheres que chegam lá não conhecem o que é o plano de parto, portanto essa consulta é um momento informativo em que a mulher pode escolher, de maneira conjunta com a enfermeira, suas vontades em relação ao processo do parto. Por sua vez, uma enfermeira entrevistada me falou que a diferença entre os dois grupos de mulheres descritos



acima também é marcada pela elaboração do plano de parto, já que aquelas que escolhem a MBN à procura de um parto humanizado em geral chegam com um plano de parto pronto.

Voltando à minha visita, enquanto assistia o vídeo chamou minha atenção a descrição “hospital amigo da criança”, em associação ao não uso de chupeta e mamadeira. Ao finalizar o vídeo vi que sua realização foi feita no período de mudança do modelo obstétrico por parte de uma enfermeira que havia sido residente e com quem eu estava em contato. Lídia me perguntou sobre meu interesse e sobre a pesquisa, e começamos a abrir uma conversa na que lhe perguntei sobre o perfil das mulheres que vão parir lá. Ela respondeu diferenciando os dois grupos que foram caracterizados no começo do capítulo. Perguntei também sobre o uso de chupeta e mamadeira e ela diz que a MBN promove o aleitamento materno, portanto não apoia o uso de chupeta nem mamadeira dentro da instituição. Em relação a isso diz que muitas vezes as mães retornam logo para o controle do puerpério e o bebê está com chupeta ou tomando leite de fórmula em mamadeira. Isso me lembrou o relato da Alliene Luz, que na entrevista relatou que durante a gestação não tinha pensado em amamentar. Enquanto falávamos, ligaram para ela para agendar uma consulta de *plano de parto*.

Logo após esse momento fomos entrando nos corredores onde ela me mostrou por fora a Triagem, espaço em que é feita uma classificação interna segundo o risco e a urgência, e que é o primeiro espaço pelo qual passa uma parturiente; a sala de ecografia, a sala de medicação, o refeitório, a farmácia, e a rouparia. Passamos também pela sala de amamentação, um espaço aconchegante para que a mãe amamente ou receba assistência ante as dificuldades no aleitamento, a sala de enfermaria (destinada a tratamentos especiais, por exemplo tratamento para infecção urinária), uma sala de leitura (a que tem acesso a mulher e o acompanhante no trabalho de parto e no pós-parto), e a sala de PICs, que estava fechada com trava, mas pela conversa com uma ex-residente sei que tem 4 poltronas para fazer as terapias. Neste momento não há uma técnica de enfermagem que se ocupe exclusivamente da sala de PICs como era no momento da implementação do novo modelo, então fica nas mãos das doulas, enfermeiras ou residentes oferecer alguma prática complementar às parturientes. Entende-se por práticas complementares o uso de tratamentos considerados alternativos à biomedicina com fins terapêuticos, entre elas fitoterapia, aromaterapia, reiki, acupuntura, antroposofia, homeopatia, reflexologia, massagem, entre outras. Neste contexto, as práticas oferecidas sempre foram escalda pés, fitoterapia e massagem. Segundo o relato da Beatriz (ex-residente), quando foi criada a sala de PICs os profissionais compravam os insumos principalmente para fazer escalda pés, e a enfermeira técnica que estava a cargo da sala convidava as mulheres que estavam em condições e tinham vontade de ir lá. Ela diz que nos dias em que havia muitas induções levavam

todas as mulheres juntas para fazer escalda pés, tanto à sala quanto ao quintal, e se alguma não estava em condições de se sentar lhe ofereciam caminhar pelo jardim. Essa prática foi se perdendo ao ser removida a responsável da sala por falta de pessoal na área da enfermagem.

Entramos logo no consultório de enfermagem e colocação de DIU, onde Lídia me entregou o plano de parto e me informou sobre o DIU e seu funcionamento, e passamos também pela sala de descanso da equipe. Todas essas salas estavam sem ser usadas nesse momento, porém ela baixava a voz e falava em um tom suave ao entrar nelas, em harmonia com as atividades que ali acontecem: leitura, descanso, amamentação, cura, terapias. Depois, atravessando vários escritórios administrativos, chegamos a outro corredor onde há um grande sofá que é o espaço destinado ao momento que chamam “visita do irmãozinho”. A Manuela tinha comentado comigo que a mudança dos protocolos envolveu a presença do irmão do recém-nascido em uma visita às 17 horas e 30 minutos, horário que as crianças já estão fora da escola, e criando-se especialmente esse espaço para evitar às crianças ingressar nos quartos compartilhados, onde se tenta manter o silêncio para o repouso da mulher que acabou de parir. Continuamos o passeio chegando aos quartos, cinco quartos com quatro leitos cada um, com o berço/banheira ao lado da cama da parturiente e uma poltrona por leito para a presença do acompanhante. Nesses quartos são permitidas por parturiente quatro visitas ao dia, no máximo duas pessoas por vez, tendo uma duração de duas horas. Nesse momento, Lídia me contou que todos os dias passa por cada quarto uma assistente social, informando sobre a importância do aleitamento materno, do registro do bebê e dos cuidados, além de passar orientações gerais e tirar dúvidas. Em uma entrevista com uma enfermeira (fora da Maternidade) ela me comentou que os serviços de assistente social nos quartos, testes do bebê e cartório são estratégias especialmente desenhadas pensando na população que carece de informação básica sobre os exames e trâmites obrigatórios, concentrando assim todas essas atividades na mesma instituição para facilitar os processos, e para que a puérpera volte para sua casa com tudo concluído. Ela me diz também a respeito da assistência a moradoras de rua e mulheres consumidoras de drogas, portanto essas medidas tentam cobrir questões básicas relativas ao recém-nascido.

Em outro corredor Lídia me mostrou a porta do necrotério (me dizendo que é bem baixa a taxa de óbitos fetais e de mulheres em comparação do período chamado de açougue), a sala de fonoaudiologia (onde fazem os testes obrigatórios de olhos, língua e orelha ao recém-nascido) e uma sala de esterilização do material. Chegamos então à *unidade obstétrica*, que contém a sala de indução com três camas e uma TV, e do outro lado as *suítes de parto*, duas salas conectadas a uma sala maior onde estão em forma de ilha os escritórios das enfermeiras. Cada suíte de parto contém uma maca moldável de hospital (isto é, com possibilidade de

movimento), uma banqueta de parto, bola suíça (conhecida como bola de pilates) e chuveiro. Quatro mulheres entrevistadas me manifestaram seu descontentamento por não conseguirem utilizar o chuveiro durante o trabalho de parto – num desses casos o motivo foi o corte do fornecimento de água e nos outros só tinha possibilidade de usá-lo com água fria. Perguntei sobre isso para Carla na entrevista (enfermeira), e ela me contou que tem um problema com o uso dos chuveiros das duas suítes em simultâneo, se esfriando a água nesses casos. Outra puérpera me diz que ao fazer a visita não teve dúvidas que seria o melhor lugar, mas achou ruim a acomodação, por exemplo pela falta de ventilador nos quartos (seu bebê nasceu em fevereiro em um dia de muito calor, situação que me lembrou muito minha experiência de parto em uma instituição que não permitia fazer uso do ventilador para prevenir resfriados no bebê, tornando-se um desafio passar o calor em contato corpo a corpo com o bebê, no momento em que o corpo estava muito quente talvez pela produção do leite). A propósito disso, Carla me diz:

Sabemos a relação da água com o trabalho de parto, como ela acalma a dor e acompanha o processo, mas infelizmente é um problema estrutural e não temos o que fazer com isso, porque para mexer na infraestrutura, a Maternidade depende da Prefeitura e da verba pública para isso, então existe uma distância entre o que acontece na Maternidade e as decisões desse tipo. (Carla).

Outra puérpera me diz que embora a assistência da equipe tenha sido maravilhosa, as acomodações são muito precárias, contando-me de um vazamento de água no dia de seu parto que estava sendo freado com toalhas no chão. Ela diz ter escrito uma nota à Prefeitura logo após o parto, reclamando melhores condições físicas.

A unidade obstétrica tem também três leitos de tratamentos especiais e duas salas cirúrgicas. Na unidade obstétrica atuam os plantonistas rotativos que assistem aos partos, sendo cada um composto por dois médicos/as obstetras (cada plantão, de cada dia da semana, tem uma dupla diferente), um/a anestesista, dois/duas pediatras, quatro técnicos/as de enfermagem, uma residente e duas enfermeiras. Há plantões de seis e doze horas. As dinâmicas que produzem as trocas de plantão em relação ao atendimento e à assistência aparecem permanentemente nos relatos das mulheres, tornando-se uma das questões fundamentais do ambiente onde acontece o trabalho de parto. A diferença entre a assistência dos médicos e das enfermeiras e entre a presença ou ausência das doulas voluntárias são tópicos centrais nas narrativas das mulheres. No seguinte capítulo veremos como tais dinâmicas respondem aos protocolos e normas institucionais, mas também à imprevisibilidade do momento, produzindo-se interstícios criativos (sejam eles positivos ou negativos para as parturientes), onde se vislumbra o agir

particular dos sujeitos, tanto da equipe quanto dos corpos em parto, e a incidência da materialidade no processo do parto.

Ao chegar à suíte só tive contato com Carla (uma enfermeira que trabalha há quase dois anos lá e assiste também partos domiciliares junto com outra enfermeira da MBN, de quem confessa ser sua “pupila”), e não tive acesso ao interior das suítes de parto, embora não houvesse nenhuma mulher. Nesse momento, os quartos também estavam vazios, porém segundo a informação da residente-guia e os relatos das parturientes, é muito comum que a MBN esteja lotada, sobretudo nas luas cheias (lua que favorecem o desenvolvimento do trabalho de parto). Tanto no relato da guia quanto no de Manuela e no de Carla, aparece a caracterização de “Maternidade pequena”, pensando numa instituição que contém um total de vinte leitos. Os corredores e o quintal também estavam vazios. Algumas mulheres me falaram do uso dos corredores no trabalho de parto, no momento que sentiram a demanda do corpo de se mover. Assim como Leticia, outra mulher me contou que dançava no corredor para se acalmar, e que não pediu licença a ninguém para fazê-lo, simplesmente sentiu que o espaço acompanhava a liberdade de seguir seu corpo.

Já no final da visita, voltamos à sala de reunião onde tive a possibilidade de tirar dúvidas, e por conta da disposição de Lúcia me atrevi a perguntar-lhe sobre os possíveis paradoxos entre o discurso ou proposta da MBN, e algumas práticas médicas caracterizadas como “violências” por parte das parturientes entrevistadas. Lúcia me diz que ainda parte da equipe médica resiste a trabalhar sob o paradigma da humanização, e que embora a maioria dos partos sejam assistidos pelas enfermeiras, a intervenção dos médicos em situações especiais é muito importante, e eles agem segundo sua experiência no modelo tecnocrático. Porém, tanto ela quanto Carla me falaram da presença de novos médicos jovens que trabalham em maior parceria com as enfermeiras, seguindo os princípios da humanização. Assim, a visita me permitiu enxergar algumas coisas que estava ouvindo nos relatos das mulheres, por exemplo a valorização da qualidade da assistência, por parte das mulheres, vinculada ao cuidado que receberam das enfermeiras, em cima das condições materiais, que são muito simples. A visita permitiu também tornar mais visível a identificação de um novo momento em que as dinâmicas e práticas institucionais se diferenciam da conjuntura em que se desenvolveram a maioria das mudanças do ideário obstétrico humanizado, ou seja, aquela que foi abordada no capítulo anterior. Assim, algumas das mudanças estabelecidas a partir da gestão que entrou no ano de 2013 foram se perdendo logo após a saída da equipe de coordenação e o desaparecimento de alguns cargos de confiança, como consequência da mudança das autoridades da Prefeitura. As mais visíveis são o escasso uso das PICs e a redução da intervenção e manutenção da

infraestrutura. Também, ao desaparecerem esses cargos aconteceu uma alteração nas maneiras de fazer o seguimento dos protocolos e o cumprimento de algumas indicações do Manual das Boas Práticas Obstétricas (ver tabela nos anexos). Nas palavras da Carla:

Para todas as mudanças se dá dois passos para frente e um para atrás. O contato pele a pele [contato mãe/bebê após o nascimento] já estava estabelecido e o ano passado tivemos um debate super grande em relação a isso. Quando vão para cirurgia eu pergunto à técnica de enfermagem se já está acontecendo o contato pele a pele e ela me diz que não, mas que dá para colocá-lo [o bebê junto com a mãe], e aí eu me pergunto porque isso ainda não estava acontecendo, porque o médico e o técnico nesses segundos tão importantes não fizeram isso que é o fundamental e está num protocolo. (Carla).

Assim, a proposta institucional fundada nas novas evidências científicas e nas políticas públicas relativas ao parto, que se apresenta no vídeo como sólida e acabada, se espelha parcialmente na práxis, onde as relações entre os agentes que formam parte da instituição e entre eles e as mulheres parturientes são tecidas por paradoxos e ambiguidades, que levam a projetar o discurso dessa proposta no horizonte, como um ideal a seguir. A propósito disso, Carla diz:

Tem muito caminho pela frente. Recursos temos, o básico, poderíamos ter mais? Poderíamos, poderíamos ter mais suítes? Poderíamos. Poderíamos ter banheira? Nossa, é o sonho da enfermagem ter banheira, mas temos chuveiros, temos bolas? Temos, conseguimos mais também, poderíamos ter um cavalinho, alguma coisa para que a mulher pudesse se segurar, poderíamos, mas a estrutura não comporta. Mexer na infraestrutura é muito difícil pelo fato de depender da verba pública. Poderíamos ter um fio melhor para costurar, sim, mas temos este que é o básico. Então a gente tem todo o básico, mas tudo pode mudar. (Carla).

Vejo então que o ideário do parto humanizado, introduzido na instituição na conjuntura da mudança do modelo obstétrico descrita acima, permanece na atualidade como traço de identidade da MBN, representando especialmente a equipe de enfermeiras cujo trabalho baseia-se no paradigma do parto humanizado, e com o qual identificam-se também parte das mulheres que escolhem parir lá, embora as experiências de parto algumas vezes desconstruam e complexifiquem tal identificação. Assim, a constelação de agentes e a convivência do que viemos diferenciando como dois modelos (tecnocrático e humanizado) dá lugar a tensões presentes nas práticas de parto e nas experiências de algumas parturientes, que vão constituir o eixo do capítulo seguinte. Inerente a tais tensões estão as noções de *humano*, *humanidade* e *humanização*, que dentro dos princípios do SUS se encontram atreladas com a noção de *integralidade* já mencionada acima quando me referi ao trabalho de Maroca de Castro (2013), e dentro do movimento do *parto humanizado* parecem aludir a uma ideia de humano associada

ao “natural” e a valores éticos como o “respeito”, em contraposição ao artifício e às práticas derivadas da tecnologização da saúde, o que de fato provém do fazer humano e sugere uma série de questionamentos sobre o uso da técnica e os avanços científicos.

Antes de (re)traçar as experiências das usuárias começarei por seus sentidos, expectativas e noções, que fazem parte do substrato de ideias e emoções prévias ao evento do parto.

#### **2.4 Mulheres: expectativas e sentidos de corpo, parto e maternidade.**

Que pressupostos culturais estão levando em conta sobre a natureza das mulheres, dos homens, do propósito da existência? Esses pressupostos muitas vezes estão enterrados profundamente, não exatamente escondidos, mas estão tão arraigados em nossa experiência habitual do mundo que são quase impossíveis de serem desvendados por um membro do mesmo universo cultural.

(Emily Martin, 2006)

Essa frase do livro “A Mulher no Corpo”, de Emily Martin (2006, p. 49), me convida a vislumbrar, em primeira instância, um fio temático da antropologia que atravessa talvez toda a história da disciplina, que é a relação entre biologia e cultura, o que carrega em si o questionamento sobre o que entendemos como propriamente humano. Junto a isso, o livro em seu conjunto inspira a elucidar as camadas de significações culturais historicamente construídas em relação ao corpo da mulher e a seu papel de mãe, constitutivas das experiências corporais. Essa ambiciosa tarefa, que Emily Martin empreendeu com grande capacidade ao reconhecer a produção de sentidos das mulheres sobre seus próprios corpos em relação com (e em resposta ou reagindo a) as metáforas médicas e científicas da saúde reprodutiva da mulher vinculadas ao capitalismo e à industrialização, me ajuda a reafirmar a necessidade de atender e integrar os sentidos das mulheres sobre seus próprios corpos na hora de pensar sobre o parto, pertinentemente no caso desta pesquisa em que as mulheres são consideradas “*protagonistas*” no discurso da instituição que as acolhe. Assim, segundo Jordan (1978), o nascimento é uma transição íntima e complexa cujo tópico é fisiológico e a linguagem cultural, portanto os “sistemas de nascimento”, entendidos como parte de sistemas culturais, não podem ser

analisados à luz, apenas, das pesquisas biomédicas, mas sim na relação com a realidade sociopolítica e o sistema ideológico de sentidos contextualizados no tempo e no espaço (GUALDA et al, 2017). Isto abre o convite a mergulhar sumariamente, antes de entrar nas experiências de parto, nos diferentes sentidos que as mulheres participantes desta pesquisa atribuem ao corpo, ao parto e à maternidade.

Em relação à metodologia, esses sentidos foram aparecendo como parte das narrativas e da linguagem empregada pelas mulheres, transmitindo a imagem que elas têm de seus corpos e de si mesmas, sem existir perguntas diretamente direcionadas ao tópico, do tipo “como você percebe o corpo”. Portanto, a construção que aqui vou fazer veio da fluidez da conversa em que inevitavelmente essas noções iam se apresentando.

A pesquisa de Carneiro (2011) estabelece um chão fértil dentro do campo temático, fazendo um resumo da trajetória da noção de *corpo* e de *pessoa* na antropologia, e analisando os sentidos das nativas em relação com as interpretações dadas pelas diversas linhas teóricas que abordaram essa questão. No entanto, pela extensão desta pesquisa, e pelo fato de serem considerados outros tópicos como *parto* e *maternidade*, para pensar o corpo parto da categoria analítica proposta pelo antropólogo Csordas (2008) sobre o corpo como *sujeito*, mas também como personalidade, sem ser simplesmente o seu suporte, mas a possibilidade de vivência – experiência – e de linguagem simultaneamente. Nesse sentido, há lugar para a percepção e autopercepção do sujeito, o *self*, como base do corpo no mundo (MERLEAU-PONTY, 1993). Assim, se conjuga o conceito antropológico convencional de que o sujeito é constituído no processo ontogenético de socialização com a constante reconstituição do *self* (CSORDAS, 2008). Csordas sugere que o paradigma da corporeidade (nutrido da fenomenologia de Merleau-Ponty e da noção de *habitus* e *prática* de Bourdieu) explode a consideração de *pessoa* de Mauss, Descartes e Spinoza, nos termos da distinção entre o mundo do pensamento e o mundo material, colapsando as dualidades entre corpo e mente, sujeito e objeto. Assim, sigo a consideração do corpo como um certo “contexto em relação ao mundo”, produzido e produtor de cultura (CARNEIRO, 2011), em detrimento da dualidade cartesiana (mente-corpo) e privilegiando uma visão holística, isto é o corpo entendido como o convívio do psíquico, emocional, espiritual e material, considerando que esta noção torna-se uma ferramenta de análise, na medida em que me ajuda a enxergar os sentidos das mulheres e compreender as experiências femininas que tiveram lugar em contato com o marco institucional.

Nesse sentido, como aparece também na etnografia de Carneiro, o corpo que elas falam é um corpo multiestratificado, multifacetado, é sensorial, físico e emocional, resultado de discursos de saber e de poder (tanto da biomedicina, quanto do movimento pela humanização

do parto, de discursos de gênero e de suas biografias), de metáforas médicas científicas (MARTIN, 2006) e das resistências e contra interpretações a tais metáforas. Corpos carregados de sua história e de experiências passadas que se constituem em conhecimento sobre seu funcionamento, o que para Jordan (1993) forma parte dos sistemas de conhecimentos que convivem no parto: o saber técnico do médico junto ao saber da mulher sobre seu próprio corpo.

Assim, nas narrativas das mulheres a ideia sobre o corpo que teve maior convergência está vinculada a seu cuidado durante gestação, caracterizando a gravidez como um momento de autopercepção, de olhar para si, e de maior consciência sobre o que o corpo faz e precisa, procurando melhorar a alimentação, beber mais água, fazer caminhada ou alguma atividade física tranquila que acompanhe o processo, principalmente agindo em sintonia com o que corpo sente vontade de fazer. Por exemplo, Jaqueline (psicóloga), mãe de segunda viagem, manifestou se culpar durante a gestação por não conseguir cuidar da alimentação nem fazer exercício pelo fato de ter uma criança pequena que ainda mamava. Aparece essa noção predominante de corpo como espaço do cuidado. Esse “olhar para si”, que tem presença na maioria dos relatos, se apresenta com força no relato da Karllen (cozinheira), que diz haver passado por candidíase no começo de gestação e a partir desse momento começar a conceber a vulva como um órgão para si mesma e não para outros (masculinos). Ela diz: “minha maior aproximação à vulva era no ato sexual com um homem, eu não tinha contato com essa região do corpo se não fosse pelo ato sexual (com um homem). Aí comecei a entender que é uma parte de meu corpo, que não é para o outro, que é para mim”.

Uma pergunta da entrevista focada na corporeidade era a que lugar do corpo levou sua atenção pela primeira vez na gestação, ou de um jeito diferente em relação a antes de engravidar? A maioria respondeu à pelve e aos seios, percebendo o crescimento deles e a produção de leite durante a gestação. Esse olhar para o corpo, que em várias mulheres foi desenvolvendo-se na gestação como um ato de presença, cuidado e atenção nas mudanças e sensações, levou a algumas à busca de doulas que as informaram sobre tais mudanças e sobre o trabalho de parto, instruindo também aos maridos, e constituindo-se a doula numa espécie de tradutora, ao marido, das experiências da mulher. No caso da Alliene Luz (gerente de negócios), ela diz: “eu queria que meu parceiro estivesse mais instruído, que ele entendesse mais do meu corpo, que entendesse as fases do trabalho de parto, por isso contratei a doula, mas se eu tivesse conhecido a doula antes eu também teria maior conhecimento de meu corpo”.

Também essa atenção voltada ao corpo durante a gravidez, na maioria dos casos, foi produzida pelos incômodos, dores ou transformações do corpo, que não conseguem se desvincular da situação de vida que atravessava a mulher no momento, principalmente sua



situação de trabalho e sua relação com o marido. Assim, a maioria das entrevistadas ao falar sobre seu corpo trazia aspectos de seu contexto, como os vínculos familiares, questões financeiras e de trabalho, situações domésticas, etc.

No caso da Ana Carolina (enfermeira), ela ficou grávida logo após se formar na universidade, e expõe ter sido uma grande preocupação sua situação de grávida desempregada, o que incidia nas maneiras de perceber seu corpo na gestação, já que entrou numa depressão em que se sentia muito cansada e com sono permanente, enquanto também se abriram estrias na pele e sentia dores nas costas. Embora o cansaço seja uma manifestação comum da gravidez, nem todas as mulheres expressaram senti-lo tão fortemente. Amabile, que também diz haver passado por uma depressão prévia à gestação, que a levou ao consumo de antidepressivos, indica ter passado por muito cansaço na gestação, assim como sua primeira gestação, em que não tinha um relacionamento emocional sólido com o marido e sentiu também sintomas de depressão. Ou o caso da Letícia, que diz ter problemas no relacionamento com o marido que a levaram a engordar muito antes da segunda gestação. Vejo então que na maioria dos casos as noções do próprio corpo parecem entrelaçar experiências físicas, emocionais e situacionais. No entanto, tal como indicam outros trabalhos do campo que partem da premissa de que a classe interfere na forma como os sujeitos enxergam o mundo, reconheço que o pertencimento a determinado meio econômico-social reverbera na maneira como as mulheres significam e vivenciam as experiências corporais e a parturição. Vale destacar, segundo Hirsch (2015), que em diferentes contextos essa premissa norteou os trabalhos de Martin (2006), Nelson (1983 apud HIRSCH, 2015), Davis-Floyd (1994), Zadoroznyj (1999 apud HIRSCH, 2015) e Johnson (2008 apud HIRSCH, 2015), que mostraram como a origem social da mulher, seu capital cultural e seu *habitus*, condicionam as maneiras de autoperceber seu corpo, o parto e a maternidade, conseguindo diferenciar dois grupos entre as mulheres que participaram desta pesquisa. Aparece em algumas mulheres de baixa renda e de setores populares a ideia de um corpo com maior disposição e entrega ao saber médico, em relação ao outro grupo de mulheres permeadas pelo discurso do protagonismo e da autonomia do corpo, que se colocam em equidade com a figura que representa o saber médico. Embora esteja me referindo a processos que são situacionais e em que, portanto, a ambiência reflete na experiência dos corpos, na narrativa desse último grupo de mulheres predomina a noção da “autonomia” em suas escolhas. Assim, Alliene disse:

Na maternidade de Colombo eu tinha que parir na maca, eu escolhi o Bairro Novo pela possibilidade de escolher como parir, e eu sentia que não ia conseguir na maca e procurei o banquinho. Nesse momento prévio ao expulsivo escolhi o banquinho,

embora senti que as enfermeiras aí também tinham preferência pela maca. Porque para mim é muito importante, quem sabia como estava se sentindo o corpo era eu, a **autonomia** de meu corpo para mim era algo muito importante, e se um hospital restringe isso eu acho muito sério, porque é não ter autonomia, e lá eu tive autonomia embora elas não me sugeriram o banquinho. (Alliene).

E Mariana (advogada) disse:

Eu não teria outra opção que não seja o SUS, mas até eu preferi que seja o SUS pelo modelo de acolhimento que eles tem porque eu sei que a maioria dos partos lá [na rede privada] são cesaristas, e eu não queria, queria parto natural, sempre quis, foi um alívio para mim, e a partir de isso comecei a pesquisar, entrar em grupos de Facebook, me munir de informações para tentar **protagonizar** o máximo que eu pudesse esse momento [o parto]. (Mariana).

Assim, como também apontam aos dados das pesquisas de Hirsch (2015) e Carneiro (2011), esse último grupo de mulheres procura reafirmar o controle sobre seus corpos, o que conduz à ideia de que o parto, uma experiência inegavelmente física e carnal, deve ser sobretudo fruto de suas escolhas, assim como o foi a opção pela maternidade (HIRSCH, 2015). Como vislumbrou Carneiro, o discurso feminista e seus slogans “o meu corpo me pertence” e “o pessoal é político” sugerem operar como pano de fundo nesta noção de corpo-autônomo, que aparentemente se vê “atravessado pelas ondas igualitaristas e diferencialistas, coadunando direitos de igualdade e de singularidade” (CARNEIRO, 2011, p. 278). Dessa maneira, os relatos dão ênfase à liberdade do corpo e ao reconhecimento das singularidades, sendo possível dizer que o ideário do autoconhecimento do corpo se encontra atravessado pelo processo de individualização, subjacente à lógica de modernização dos comportamentos sociais, que predomina entre os segmentos médios da sociedade brasileira (HIRSCH, 2015). Nesse sentido, é possível afirmar que as entrevistadas desse grupo desejam ser reconhecidas como “indivíduos e protagonistas”, com liberdade e autonomia para decidir sobre seus corpos e seus partos.

Por outro lado, na narrativa das entrevistadas do outro grupo existe uma tendência a relatar os processos em terceira pessoa, atribuindo a agência aos profissionais e colocando a narradora em posição passiva, predominando assim as referências a “eles-elas” (médicos/enfermeiras). Poliane disse: “as enfermeiras me levaram para o chuveiro”, em oposição aos relatos das mulheres do primeiro grupo que se referem à autonomia do corpo/protagonismo e dizem “fui para o chuveiro, deitei, fui para a bola”, se atribuindo a agência de seus movimentos. Vale aclarar que, segundo Ortner (2016), a agência nunca é um objeto em si, senão que forma parte do que Giddens chama “processo de estruturação”, isto é, a formação de estruturas sociais e culturais mais amplas. Em relação a isso, Carla (enfermeira entrevistada) e Maria (doula), manifestaram o notório que é a seus olhos a diferença entre uma

mulher que chega a parir “empoderada”, caracterizando assim a mulher que tem autonomia de seu corpo, daquela que pergunta o que tem que fazer. Maria diz: “quando perguntam o que tenho que fazer é um sinal de que o primeiro trabalho a fazer com essa mulher é empoderá-la para que ela consiga saber o que seu corpo está pedindo fazer”. Assim, no segundo grupo aparece com maior frequência a relação com o saber médico como fonte de autoconhecimento e percepção corporal. Por exemplo, no caso da Pamela, ela soube de sua gravidez no quarto mês de gestação, logo após recorrer ao posto de saúde por uma dor, já que ainda que não tivesse tido sangramento em todos esses meses e houvesse passado antes por outras duas gestações, não havia interpretado a falta de menstruação como um indicador de gravidez.

Contudo, observo que prevalecem nas narrativas das mulheres dois tipos de noções em relação ao corpo: “corpo-espaco de cuidado”, e “corpo-autônomo ou protagonista”.

Em relação ao corpo-autônomo, o que algumas mulheres mencionam como autonomia ou protagonismo tem a ver com a propriocepção e identificação de suas vontades, ideias e emoções. No caso das narrativas que não trazem a noção de corpo-autônomo vejo um reconhecimento mais difuso de suas expectativas e desejos, ou simplesmente menores expectativas em relação ao primeiro grupo, manifestando como vontade principal “eu só queria ser bem tratada”.

Por sua vez, o olhar para si ou o que identifico como noção de “corpo-espaco de cuidado” construído na gestação, é diferente nas mulheres que também usam a noção de “corpo-autonomia”, já que tal autonomia às vezes se traduz na busca de seguir o que o corpo vai indicando no trabalho de parto. Assim, por exemplo, Samara diz: “eu sempre tive uma vida sedentária, mas no momento do trabalho de parto sentia vontade de fazer agachamento e me mover”, ela diz também haver vocalizado e fazer gemidos, então eu perguntei se tinha se informado antes sobre isso e me respondeu que não, que só sabia o que queria e seguiu intuitivamente ao corpo. No caso da Amabile, que diz ter estudado bastante sobre o parto humanizado desde antes de engravidar, relata: “é só você seguir seu corpo, eu precisei sentar, gritei muito alto, passaram três contrações e ele nasceu. Na primeira saiu o tampão, na próxima estourou a bolsa, e na próxima nasceu com a maninho na cara. Tudo é muito instintivo se você está conectado com seu corpo”.

Por outro lado, em relação às disposições corporais no momento da entrevista, notei uma diferença na postura corporal das mulheres que amamentam a seus filhos/as e as que já desmamaram (ou, mesmo sem desmamar, a entrevista transcorreu sem a presença do filho/a); ou também poderia se diferenciar as mulheres que amamentam a bebês pequenos das que amamentam a filhos de mais de dez meses, que já conseguem se deslocar sozinhos

engatinhando ou caminhando. Meu olhar a tais disposições corporais pode estar permeado de algumas leituras relativas à maternidade como os textos de Casilda Rodríguez (2008, 2008a), uma bióloga e filósofa feminista que estudou questões relativas ao parto, a maternidade e o desenvolvimento das crianças, ou Laura Gutman (2003), terapeuta especializada em maternidade. Ambas desenvolveram a ideia da  *fusão*  corporal da mãe com o bebê (pós-parto), como espaço comum em que se compartilha energia e emoções. Uma espécie de esfera em que convivem os dois corpos, já na vida extrauterina do bebê, que logo vai derivar na individuação dos corpos. Assim, eu notei que as mães entrevistadas se encontram dispostas a acolher, dar colo e amamentar o bebê cada vez que precisar, tornando-se quase um  *continuum*  o corpo de um e do outro. Portanto, nas entrevistas era impossível enxergar só o corpo da mãe, porque todas as disposições deste corpo estão ligadas à criança, existindo nelas uma atitude de atenção permanente o corpo do bebê. Todos os sentidos delas estão ativos, estão olhando o bebê, ouvindo o bebê, falando com o bebê, tocando o bebê, cheirando o bebê. Assim, por exemplo, Melissa me diz que descobriu que seu bebê tinha intolerância à lactose só com o fato de observar seu ventre inchado e percebendo que alguma coisa poderia estar mal. A postura daquelas mães de bebês pequenos é como um abraço que começa nos ombros, eles estão para frente, a dorsal curva, e a pelve um pouquinho basculada. Essa questão da disposição corporal e da fusão também tomou notoriedade através dos modos somáticos de atenção. Do total das entrevistadas, duas eram mães que tinham bebês de entre um e dois meses. Na entrevista a uma delas, mãe de segunda viagem, além de perceber essa posição do corpo dando colo ao bebê no sofá, ao entrar na casa, começar a ouvi-la e ver as expressões de seu rosto, me senti submergida em sensações que eu experimentei após o nascimento de meu filho, que segundo doulas e especialistas em maternidade são comuns no puerpério recente e que foram definidas de um jeito semelhante por quase todas as mães que já tinham bebês maiores. No caso dela, não estavam sendo descritas tais sensações, mas eu percebia certa energia no ar, na casa, nos olhos e no rosto dela. Uma combinação de angústia, tristeza, solidão, entrega, alegria e paixão pelo filho. Aos poucos ela foi colocando essas palavras, me contando das dificuldades de estar sozinha (o marido trabalha em outra cidade) com duas crianças, da dureza da solidão, da impossibilidade de se preparar uma comida, do cansaço, da vontade de voltar a trabalhar em algum momento.

No que diz respeito às noções de parto, como mencionei no segmento anterior, são em geral construções que as mulheres vão fazendo em resposta às noções que circulam em seu núcleo familiar-social e no âmbito médico/hospitalar, tanto em semelhança como em oposição aos sentidos que sua mãe atribuiu ao parto, tratando-se de construções que não estão acabadas no momento da concepção. Todas as mulheres passaram por um caminho de formulação e

reconstrução de sua visão sobre o parto, seja em gestações anteriores ou na única gestação, a partir do contato com outras mulheres gestantes, com doulas, ou com informação vinculada ao parto humanizado. Melisse diz: “não lembro nada feliz dos partos de minha mãe, e eu queria o mais digno possível”, e Mariana relata que sua mãe teve dois partos normais nos que aconteceram violências, ainda que sua mãe não as tenha considerado como tais (se referindo à impossibilidade de escolher como conduzir o processo, a agressões verbais, à obrigatoriedade da posição litotômica, entre outras). Thábata também diz que sua mãe passou por violências que agora vê. Então, o que cada mulher compreende por dignidade e por bom trato e em que medida esses sentidos respondem – interpelando ou não – aos sentidos dominantes na medicina e no modelo da humanização? Algumas das mulheres entrevistadas vinculam a ideia de receber bom trato no parto à inexistência de falas desrespeitosas, outras a ter essa autonomia no trabalho de parto e receber tanto falas quanto práticas de parto (por exemplo toques) suaves e informativos. Essas últimas mulheres estão nutridas de informação sobre as boas práticas obstétricas, sabendo sobre os debates em relação a determinadas práticas como episiotomia, uso de fórceps, manobra de kristeller, indução com ocitocina sintética, possibilidade de se alimentar no trabalho de parto, contato pele a pele, entre outras. No caso da Melisse, ela diz que assim que chegou aos 10 de dilatação o bebê não descia e a médica falou que ia fazer uma episiotomia, aí ela falou para a médica que não queria manobra nem episiotomia, que não admitia aquilo. A médica pediu que ficasse sentada na cama para o expulsivo dizendo para ela “você é louca, se você fosse minha filha já teria feito uma cesárea”. O parto foi induzido e a Melisse estava sentada na cama, não da forma que ela queria, mas como a situação lhe permitia. O bebê nasceu e ela teve uma laceração muito grande. Melisse diz:

Eu sabia que isso ia acontecer, é óbvio pela posição na que estava que não tinha gravidade, que a laceração ia acontecer, eu estudei sobre isso. Aí a médica enquanto me costurava falava que se houvesse feito episiotomia isso não haveria acontecido, e aí eu falei, tudo bem, isto é uma laceração natural, meu organismo vai se reconstituir. Hoje é imperceptível. Foram 10 pontos. (Melisse).

Outras mulheres que não disseram ter informação sobre tais procedimentos, como o caso da Poliane, seguiram sua intuição ou o que alguma vez ouviram em relação ao parto. Ela diz haver passado o trabalho de parto em sua casa porque “não adianta ir cedo para a Maternidade”. Essa é uma indicação que em geral circula nos grupos de gestantes vinculadas ao parto humanizado, mas a Poliane não formava parte de nenhum grupo nem tinha contato com mulheres que soubessem de parto humanizado ou doulas, então perguntei a ela porque

considerou a opção de passar o trabalho de parto em sua casa, e me disse que foi simplesmente o que sentiu vontade de fazer, que não sabia nada em relação a isso. Assim, as noções sobre o parto vão se tecendo em cada mulher de uma maneira particular, segundo suas trajetórias de vida, do itinerário de sua gestação, e da escuta de suas vontades e das vontades do acompanhante. Jaque, por exemplo, diz saber sobre parto humanizado por grupos feministas nas redes sociais, que são fonte de informação em que circulam textos de Carlos Gonzalez (reconhecido pediatra espanhol) e Laura Gutman, entre outros. Ela contou que sua mãe contratou uma doula para ela, por ter passado por violências obstétricas em seus partos. Anne Caroline (secretária de escola) diz que o parto humanizado era seu sonho, e que tinha estudado muito na internet, através de grupos virtuais e em rodas de conversas às que ia em companhia do marido. Anna Paula (esteticista) também procurou informação e acompanhamento em um centro de apoio de doulas, e ela disse “eu sabia aonde poderia ir, estudei para o que queria”, porém, logo falando sobre a Maternidade ela diz “a única coisa que eu romantizei foi o parto”. Algo que Carneiro advertiu nas mulheres que participaram de sua pesquisa e definiu, segundo Duarte (2004), como *neo romantismo*, identificando o atravessamento das correntes de interpretação de pessoa individualista (a iluminista e a romântica).

Poliane, que disse não ter informação sobre parto humanizado, me contou que decidiu que queria um parto natural porque sua mãe passou por cesárea e ela achou ruim a experiência da mãe. No caso da Haydee, venezuelana que conheci fazendo o registro de estrangeiro na polícia federal, diz que em seu país não estão dadas as condições para passar por um parto natural, e na gestação decidiu vir junto com o seu marido a Curitiba, deixando o filho maior na Venezuela até conseguir se organizar aqui. Ela diz não ter muita informação sobre o parto, só desejava não passar por violência e que fosse uma experiência agradável. Após isso, Haydee diz: “yo tuve una prima que en Venezuela parió en el piso de la Maternidad, yo no quería eso”. Essa fala deixa entrever os vários sentidos atribuídos ao “parto no chão”, dependendo do contexto e das noções de parto das mulheres. Para algumas mulheres, parir de cócoras no chão é um parto sonhando (algumas relataram que durante toda a gestação visualizaram a posição e o lugar onde iam parir, tipo o banquinho, o chuveiro, etc.), enquanto para outra mulher pode significar um desrespeito e descuido por parte da instituição. Pensando na situação da Haydee, que saiu da Venezuela num momento em que a saúde pública desse país se encontra deteriorada devido à conjuntura política, e veio a Curitiba na procura de um bom lugar para parir e seu filho crescer, parir no chão é considerado por ela um abandono da mulher.

No que diz respeito às noções de maternidade, para me introduzir nelas, trago de novo meu primeiro encontro com a Pamela em minha casa. Aí, ela me mostrou, por sua iniciativa, as

fotos do Bernardo, seu filho pequeno, e me falou: “esse é meu amor, estou apaixonada por ele, sinto muito amor por ele”. Em sua casa, enquanto a entrevista acontecia, Pamela lavava a louça e parava a cada uns minutos, se dirigindo ao Bernardo para beijá-lo. Ela diz: “a maternidade antes, naquela época em que tive os filhos mais velhos era rigorosa, não tinha o carinho”. Assim, estabelece uma diferença no jeito de maternar o Bernardo, vinculando-a a uma questão contextual e temporal, como se essa forma sua de manifestar o amor por ele fosse um comportamento de mãe socialmente aceito no presente. Seguindo Correia (1998), para Badinter (1980) e contrariamente às ideias dominantes sobre maternidade, o amor maternal não se encontra inscrito na profundidade da natureza feminina. Ainda, para Badinter (1992), o amor maternal é algo infinitamente complexo e imperfeito, que longe de se associar à biologia feminina é condicionado por múltiplos fatores, independentes da “boa natureza” ou “boa vontade” da mãe. Segundo ela, depende não só da história pessoal de cada mulher, da oportunidade da gravidez, do seu desejo da criança, da relação com o pai, mas também de fatores sociais, culturais e profissionais (CORREIA, 1998). Isso sustenta a expressão da Pamela, pois ela visualiza hoje a possibilidade de construir e manifestar esse amor pelo filho, em íntima ligação com o que vê como certas normas sociais tácitas relativas à maternidade. Assim, os sentidos sobre *maternidade* manifestados nas narrativas das mulheres entrelaçam por um lado os desejos e idealizações prévias à maternidade, que estão em relação com significações herdadas ou desenvolvidas em seu âmbito próximo, e por outro lado, os sentidos construídos na maternidade de fato, isto é, após do nascimento do bebê. Algumas delas disseram ter ouvido sobre o puerpério antes de chegado o momento, mas não se haver preparado para além do parto. Assim, a maioria manifesta desconhecimento (durante a gestação) sobre as possíveis sensações após o nascimento do bebê. Do total das mulheres entrevistadas, a maioria delas, incluindo as mães de segunda viagem, falaram das dificuldades do puerpério, do sentimento de esgotamento e da sensação de não dar conta. Uma delas usou o termo *agonia* para se referir a esse cansaço, outra falou de *fracasso* para se referir à sensação de não dar conta, e outra falou de *desespero*. A maioria falou de crises de choro, misturadas com felicidade, de dor nos peitos, de peitos como “pedras”, de sangue nos peitos, das múltiplas dificuldades para amamentar, dormir, trabalhar e fazer as tarefas domésticas. Também algumas relatam o cansativo que é ouvir a opinião da família (por exemplo, Kelle disse que a família criticava a escolha dela de não dar chupeta para o bebê), enquanto outras mencionam a importância da rede de apoio da família para os afazeres do cotidiano. Algumas delas mencionaram o acompanhamento do marido nesse processo, se ocupando das tarefas domésticas e do cuidado do bebê. Nesse momento, muitas delas encontraram refúgio em grupos virtuais de mães, o que

se constituiu em um apoio emocional que “faz as coisas mais leves”, tornando-se um espaço de *acolhimento*.

Esse estado de angústia e felicidade conjunta é considerado por alguns psicólogos especialistas em maternidade como um estado derivado dos hormônios, especialmente à queda da ocitocina logo após o parto e os primeiros dias de vida do bebê. Mas vejo que tais vivências encontram-se também profundamente relacionadas às significações prévias sobre a maternidade e o parto, isto é, significações que tem se desenvolvido no meio cultural em que transcorreu a história das mulheres de sua família e sua própria história de vida, como também aquelas significações construídas durante a gestação em relação ao modelo do parto humanizado. No caso da Karllen, ela diz ter vivenciado uma solidão muito grande, mesmo com o acompanhamento do marido e de sua mãe, e diz:

Eu criei a expectativa que eu iria amar ficar em casa criando meu filho porque minha mãe fez isso. Eu não me identifiquei com essa mãe. Era uma mãe idealizada. O puerpério foi um baque, ninguém me falava disso antes. Foi um ano e meio assim até que fiz um curso de coach que foi libertador, um encontro comigo mesma. (Karllen).

E Alliene Luz relata:

A maternidade me foi vendida de uma forma romântica, eu tinha muita expectativa. Meu filho também não era o que idealizei. A experiência de ser mãe não é o que sonhei, tantas expectativas que a gente coloca. Eu tive uma perturbação da amamentação e fiquei careca, estou fazendo um tratamento que aos poucos vai resultando. Resolvi sair de casa, passo a maior parte do dia fora de casa trabalhando, cuido dele, cuido, mas é meu marido quem se ocupa de tudo vinculado a ele [ao filho]. (Alliene).

Alliene me contou que durante a gestação tinha decidido não amamentar o bebê, e assim que o bebê nasceu colocou ele no seio só para não contrariar as orientações da Maternidade, mas com a ideia de desmamá-lo ao chegar em casa. Ela diz que logo ao chegar em casa começou a desconstruir a ideia de não amamentar e a se informar dos benefícios da amamentação, desmamando quando cumpriu um ano e dois meses pela calvície.

Portanto, pode se dizer que as experiências físicas e emocionais relativas ao puerpério vão se constituindo de maneira indissociável aos sentidos atribuídos à maternidade e à experiência em si. Jaque diz: “é difícil aceitar que a vida muda completamente”, e Kelle relata: “Foi um choque ao ver que a maternidade estava tão idealizada e vindo de uma gestação maravilhosa. Mas me entreguei completamente e não tinha interesse em nada. Logo após dois anos comecei a me questionar sobre esse processo de puerpério intenso”.



Essa reformulação dos sentidos atribuídos à maternidade por parte das mulheres me leva a pensar nas fases do ritual estabelecidas por Van Gennep (2008), a saber: *separação, transição, reagregação*. Logo depois da passagem do rito do parto, a maternidade viria a se identificar com o momento de reagregação e reconstrução de sentidos e significados, no momento que a mulher está constituindo seu novo *status* de mãe. Partindo de Van Gennep e seguindo Sutton Smith, Turner considerou o potencial criativo dessas situações liminares e liminóides, que chamou de “anti-estrutura” para se referir ao momento em que os valores normativos são alterados, tornando-se “cenários em que novos modelos, símbolos e paradigmas surgem, como um solo fértil de criatividade cultural” (TURNER, 2012, p. 223).

Assim, voltando aos trechos dos relatos colados acima, as significações das mulheres sobre maternidade construídas após o parto parecem reagir ao discurso ocidental dominante sobre a maternidade como finalidade da realização das mulheres, que têm se apoiado na biologia, reforçado pelo mandato divino e o imperativo social que confina as mulheres mãe ao espaço privado. As experiências de algumas mulheres, por exemplo Alliene, que opta por trabalhar e que o pai fica a cargo do filho, ou da Amabile, que me contou que estava desmamando seu filho de um ano para ir duas semanas a uma especialização na América do Norte, ou da Thabata, que embora fique em casa com a criança diz que o marido ao chegar do trabalho é quem se ocupa de preparar a comida e arrumar a casa, porque para ela cuidar do bebê implica uma dedicação intensa, mostram a construção de maternidades múltiplas e diversas que não se identificam com o discurso hegemônico e o papel historicamente delegado à mulher que torna-se mãe. Imaz (2016) menciona isso como a construção de “novas parentalidades”, que comportam uma mudança nos valores e práticas familiares, alterando os papéis dominantes de homem provedor e mulher confinada ao espaço privado e doméstico, embora permaneçam contradições culturais em diversos âmbitos da vida das mulheres mãe (HAYS, 1998). Portanto, esses novos sentidos de maternidades que as mulheres foram construindo ao reconhecer a falta de identificação com a maternidade “idealizada”, aquela romantizada que se baseia no “instinto materno”, no amor incondicional desde o primeiro momento, e na entrega absoluta ao filho, podem se encaixar com a expressão *bricoleurs* de Imaz (2016), que se refere às estratégias das mulheres mães frente às dificuldades de gerir a vida cotidiana e conciliar a educação dos filhos com o trabalho e aspirações pessoais. Porém, o mandato dominante vai se atualizando nas novas conjunturas, especialmente na inserção da mulher no mercado de trabalho, demandando não só a realização do dever de “boa mãe” e “mãe presente”, senão também de um desempenho

produtivo dentro do mundo laboral, o que Hays (1998) chamou “maternidades intensivas”<sup>23</sup>. O que interessa aqui é distinguir que os novos sentidos atribuídos à maternidade por parte das mulheres entrevistadas não estão acabados, obedecendo na realidade a uma transformação cotidiana e permanente dos laços e papéis familiares, de suas subjetividades femininas e da criação de possíveis formas de serem mães. No momento da entrevista a maioria encontrava-se no primeiro ano do puerpério, reconhecendo essa falta de identificação com aquele ideal prévio ao parto e criando novas significações de maternidade baseadas nas experiências recentes. Importa também visualizar como essa falta de identificação com o imperativo dominante se traduz na corporeidade e nos processos fisiológicos puerperais que levam a des-romantizar aquele ideal. Assim, o que dói nos seios, nas costas, no períneo lacerado ou cortado, é também uma dor ancorada no universo cultural, no papel socialmente designado, nas expectativas previamente construídas, no modelo de maternidade dominante, e em algumas possíveis práticas de maternidade (como a amamentação) que enquanto mandatos culturais, embasados na natureza, tornam-se configuradores das corporeidades e subjetividades femininas. Como diz a Alliene: “continuei amamentando porque soube que ia ser o melhor para o bebê, mas no fundo eu não gostava, amamentei até ficar careca”.

Assim, seguindo Otegui Pascual

El dolor debe ser estudiado como algo más. Y diferente, de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante, si es que queremos, de verdad, captar las complejas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural que pone en marcha el enfrentamiento con una experiencia de padecimiento. El dolor, resignificado como sufrimiento, puede ser considerado un operador simbólico de primera magnitud para investigar las formas sociohistóricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplias. (PASCUAL, 2009, p. 148).

O ideal da “maternidade intensiva” envolve também as novas teorias sobre o crescimento das crianças como o apego, o uso de sling o maior tempo possível, e a cama compartilhada do bebê com a mãe e o pai. A maioria das mulheres indicaram dormir junto às crianças, algo que antigamente não fazia parte da visão ocidental dominante da maternidade, mas agora se apoia no discurso naturalista a favor da amamentação a livre demanda e do estabelecimento do vínculo mãe/bebê. As ideias sobre tais práticas são compartilhadas e

---

<sup>23</sup> A etnografia de Hays em camadas médias dos Estados Unidos se expande a grande parte de ocidente e expõe a ideologia da maternidade intensiva: o autoconvencimento da figura materna como principal responsável do cuidado do filho ou da filha que tem no fundo uma tensão ou contradição cultural, porque a sociedade exige simultaneamente uma mãe com dedicação exclusiva à criança e com coração maternal e uma mulher autônoma, competente no mundo do trabalho (PUJANA, 2014).

reforçadas na troca de experiências e circulação de informação nas redes virtuais ou “tribos” de mães. Também provém de alguns círculos de gestantes ligados ao parto humanizado. Ana Carolina, que diz haver ouvido sobre o apego e a amamentação a livre demanda na formação de enfermagem, e também por parte de sua mãe que é pedagoga, decidiu incorporá-las em seu cotidiano, reconhecendo diferenças com outras mulheres que se tornaram mães na sua família no mesmo momento que ela, vislumbrando as diferentes formas de ser mãe na atualidade. Pelo contrário, Poliane disse não dormir com sua bebê, alegando que é muito perigoso pelo risco de asfixia, e disse ter passado por medo de estar com depressão pós-parto devido às crises de choro e intensas dores de cabeça.

Assim, à luz das experiências de cada mulher encontram-se tensões e contradições entre as significações prévias à gestação e as vivências puerperais que levam elas a desenhar no fazer cotidiano o que Del Valle (2002) chamou “modelos emergentes”, isto é, estratégias e novas maneiras de construir e entender sua condição de mãe.

### 3 DOS RELATOS ÀS EXPERIÊNCIAS: CORPOS EM PARTO E DINÂMICAS INSTITUCIONAIS

Hacia la mitad de mi treintena, mi conciencia se extendía por mi cuerpo sólo hasta el punto de sentirme hambriento, experimentar deseo, sentir dolor, o cansancio... Cuando tomé cursos de Hatha Yoga fue como recorrer los cerrojos de una jaula...esta conciencia transformada sacó a relucir la cuestión de la fuerza pronunciada del hábito, de las actitudes fijas, y las disposiciones arraigadas.

Pronto se volvió claro que los hábitos distónicos del uso del cuerpo no podían ser cambiados por desear actuar en modos diferentes. Los hábitos no pueden ser cambiados a voluntad porque nosotros “somos” los hábitos...ellos “son” la voluntad.

La práctica de Hatha Yoga me llevó a formular la dialéctica de lo dado y lo elegido en términos de la relación entre hábitos corporales e intenciones y a explorar el interjuego entre las series habituales del cuerpo, los patrones de actividad práctica y las formas de conciencia – el campo de lo que Marcel Mauss y Pierre Bourdieu denominan “habitus”.

(Michael Jackson, 2010)

#### 3.1 Os pródromos: da casa ao hospital

Esta primeira seção visa introduzir o capítulo em que, como o título aponta, partindo dos relatos das mulheres serão resgatadas as experiências vividas junto a seus acompanhantes (na maioria dos casos o marido ou uma doula particular) no processo de parto, fazendo foco no diálogo da corporeidade com o ambiente institucional. Por experiência vivida, estou me referindo à consciência que os sujeitos têm de si mesmos (*self*), de outros, e do contexto em que

vivem e desenvolvem suas práticas, e num nível mais concreto, a dimensão do sentido (ver artigo de Mora em CITRO, 2010). Segundo Mead (1972 apud ALVES, 2009) o self aponta à capacidade do indivíduo de se tornar objeto para si mesmo, na medida que interioriza e dialoga com a perspectiva do outro.

Neste caso, a memória (entenda-se a memória psíquica ou a memória como registro corporal) e a palavra relatada cobram uma importância especial como veículo para resgatar tais experiências e acessar, nomear ou descrever um processo que teve lugar no corpo. Esse exercício da mulher entrevistada, de puxar no registro da sua experiência, me leva a identificar em primeiro lugar, a distância significativa que existe entre a vivência/experiência e a palavra narrada, articulada na oralidade, entendida como “potência expressiva”, “potência falante” ou “potência significante” segundo Merleau Ponty (apud GONÇALVES, 2011), além do fato de que hoje a construção de relatos de partos (orais e escritos) seja uma prática comum e naturalizada no âmbito dos nascimentos humanizados, na busca de criar uma espécie de retrato das vivências e compartilhá-las em um determinado âmbito social em que circulam valores e sentidos em relação ao ideário do parto humanizado. No que concerne a este exercício de ir dos relatos às experiências, posso identificar que a narrativa da mulher dentro de seu âmbito doméstico ou laboral não é só uma narrativa que fala sobre o passado, senão também, de maneira inerente, apresenta a experiência passada encorpada no presente, em um contexto que tem dinâmicas diferentes das que importam neste capítulo (ou seja, aquelas do processo do parto), e que tem a ver com necessidades humanas básicas, como colo, alimento, descanso, trabalho, etc. Isto é, no momento da entrevista, as gestualidades e disposições corporais, como os movimentos domésticos e de trabalho, estão me contando também sobre essa experiência passada. Mesmo assim há um salto, que é por um lado uma distância temporal entre o relato e o processo de parto (a mulher não se encontra de fato dentro da experiência), e por outro, uma diferença de linguagens entre a narrativa oral, e a linguagem corporal da experiência. Portanto, me pergunto se experiências que tiveram lugar no corpo tem possibilidade de serem descritas, e ainda assim, naquilo que pode ser descrito de maneira simples ou muito elaborada, me pergunto se não permanece uma distância entre a vivência corporizada e a palavra enunciada que, sujeita ao tecido cultural em que a linguagem da palavra tem lugar, está permeada pelas significações de quem está enunciando e de quem está ouvindo – sendo um claro exemplo a palavra “dor”. No entanto, esse tecido cultural é de interesse aqui enquanto elaboração das bases da experiência. Assim, penso que as experiências vividas articuladas nos relatos pelas próprias mulheres, ao passar pela mediação da linguagem, podem se reorganizar ou recriar, desde um outro lugar de sua consciência (self). Dessa maneira, para me aproximar às experiências

corporais considerando os modos em que as formações discursivas produzem e reproduzem os corpos, vejo possível olhar através da perspectiva do *embodiment*, trazendo a consideração de que existem experiências e representações que *partem* do corpo. Assim, esta perspectiva sugere que muitas vezes a experiência corporizada excede a linguagem, embora possa logo ser interpretada desde ela.

Portanto, teve lugar uma pergunta que se tornou um desafio metodológico: contra a tentativa da biomedicina de nomear tudo o que tem lugar no corpo, podem as experiências do corpo em parto serem compreendidas através da mediação da linguagem oral e dos possíveis discursos que as atravessam, tanto do anunciante quanto de quem interpreta?

Minha impossibilidade de enxergar, através da observação participante, as cenas de parto me faz advertir a necessidade de criar uma estratégia metodológica para ampliar a análise do relato oral. Segundo Merleau-Ponty a *expressão* é uma nova descoberta de si, aquele que fala não dá a conhecer somente para os outros, ele exprime para saber ele próprio o que deseja e da sua própria intenção significante. Assim, ele considera que não há signos unívocos que correspondam às ideias de forma clara e distinta, porque nem a palavra, nem as formas de uma língua contêm a significação, mas somente há clareza no contexto de um discurso, no interior de uma língua, porque uma palavra depende da outra e da situação do discurso para fazer sentido. Seguindo tal entendimento, o caminho seria atender e dar relevância nos relatos às aparições fenomenológicas da experiência corporizada que podem se manifestar na entrevista para além da palavra, isto é, em gestualidades e expressões corporais no contexto em que a entrevista acontece. Num nível operativo/analítico considero que as expressões que eludem a palavra podem atuar como o “eco” ou a “ressonância” somática da memória do processo vivido pelo corpo, na medida em que se destece e reconstrói a experiência no relato. Como já mencionei no capítulo anterior, o exemplo mais nítido e presente na maioria das entrevistas é o choro no momento em que a mulher está relatando uma situação desafiadora do processo do parto, ou a mão tocando a face ou a cabeça quando a mulher relata sobre a dor. O desafiador da suposta estratégia, por um lado, é o discernimento entre aquelas gestualidades “padronizadas” no movimento do corpo, que também dizem sobre a sua história e seu contexto, e aquelas que se apresentam como *eco* ou *ressonância* da experiência vivida, e por outro lado, que as entrevistas não foram filmadas (somente gravadas), portanto os recursos para facilitar a estratégia se limitam a anotações no caderno de campo, a gravação e minha memória. Contudo, é a linguagem, segundo Merleau-Ponty, que retoma e ultrapassa a percepção corporal, nos direcionando para o mundo cultural, onde são sistematizados e transmitidos os conhecimentos, os valores, os sentidos que aqui interessam.

Esta seção opera também como dobradiça, pois vem do fluxo das experiências e trajetórias das mulheres durante a gestação, que foram trabalhadas no capítulo dois, e dá começo à análise dos processos de parto, que sem dúvida estão intimamente permeados pelas construções sobre o parto e as vivências acontecidas durante a gestação. Este processo, tal como aparece na fala das mulheres (lembrando que nenhuma delas tinha escolhido previamente o nascimento por cesárea) é uma sequência: pródromos, parto e puerpério imediato. Sequência que responde à ordem natural do processo, aliás cobra importância aqui pelas experiências do corpo que tem lugar nessa sequência e que dialogam com as ideias/escolhas prévias e as vivências da gestação, como também com as noções e protocolos institucionais e com o ideário da humanização, ou seja, trata-se de uma sequência atravessada por significações que são inerentemente constitutivas do seu desenvolvimento.

Poderíamos pensar que essa sequência é um tanto óbvia e linear, mas os relatos abrem ao interior do processo um leque tão amplo de direções, possibilidades e temporalidades, que mostram em primeira instância a dificuldade de padronizá-la, além das semelhanças corporais de ordem natural (isto é, todas as mulheres entrevistadas têm ovários e útero, gestaram e pariram), das tentativas da medicina científica (MARTIN, 2006), e das normativas e protocolos institucionais. Este assunto estará transversalmente presente no capítulo na medida em que começam a ter presença os trechos etnográficos pertinentes.

Portanto, trazendo na fala os registros da memória das protagonistas, em alguns casos com aportes de seus acompanhantes, o processo de parto se apresentou em todos os casos assim, como um todo, uma sequência, ou seja, nenhuma mulher começou o relato falando diretamente do momento em que chegou à Maternidade ou do momento do expulsivo. Todas contextualizaram os pródromos do parto sem necessariamente fazer uso dessa expressão, falando tanto das sensações físicas que lhe informaram que o trabalho de parto estava prestes a começar, quanto das ideias e noções prévias relativas a essa fase do processo, sejam tanto escolhas feitas com anterioridade quanto no momento em si: “eu não queria ir cedo à Maternidade”, “eu contratei doula para passar o começo do trabalho de parto em casa”, “eu sabia que meu marido estaria junto”, “rompeu a bolsa e fui trabalhar”, “a família estava em casa quando comecei a ter sinais e não me sentia à vontade”.

Do total dos relatos podem se diferenciar quatro situações relativas aos pródromos do parto: as mulheres que decidiram ir à MBN quando sentiram os primeiros sinais do começo de trabalho de parto, as que decidiram ficar em casa e assim que o trabalho de parto estivesse mais avançado chegar à MBN, as que tinham combinado uma indução com a instituição, as que estavam vivendo um parto domiciliar e por conta de alguma intercorrência foram à MBN.

Considerando que, dentro dessas quatro situações, algumas contaram com a derivação à instituição logo após passar pelo pedido de mudança da instituição designada no SUS (capítulo dois), enquanto para outras significava o primeiro encontro com a MBN.

Melisse foi uma das mulheres que escolheu ir cedo à Maternidade, quando sentiu os primeiros sinais (contrações ritmadas e dor). Estava na semana 40 e 6 dias de gestação, e o protocolo da instituição indica que no primeiro dia da semana 41 o parto deve ser induzido. Nessa última semana ela teve uma conversa com uma das enfermeiras da MBN que sugeriu que preparasse o “chá da Naoli” (Naoli Vinaver é uma parteira mexicana que atua no Brasil), uma infusão de ervas e temperos quentes como canela, cravo e chocolate que é usado como indução natural para aquecer o corpo e estimular o parto. Melisse bebeu o chá nesse dia às 18 horas e às 2 da madrugada começou a sentir contrações. Esse dia tinha recebido seus sogros que vieram de outra cidade para acompanhar o nascimento do bebê. Ela relata ter sentido a necessidade de se mover e caminhar pela casa, mas devido à presença da família disse não ter se sentido confortável, decidindo às 5 da madrugada ir à MBN. Assim que chegou, um médico fez o exame de toque e lhe comunicou que estava com 3 de dilatação. Melisse disse se sentir livre para dançar e caminhar na instituição (em comparação com sua casa), estando “*energizada*” e “*empoderada*”. No caso da Mariana, ela não tinha conseguido a derivação à MBN, portanto tomou a decisão de chegar parindo. Contratou uma doula, que segundo ela foi fundamental em todo o processo, e que foi quem a acompanhou, junto ao marido, no trabalho de parto na casa. Mariana é uma das mulheres citadas no capítulo dois que expressou o desejo de “*protagonizar*” o parto, decidindo passar a maior parte possível do trabalho de parto em casa, escolhendo ir à MBN junto à doula (lembrando que é possível somente ir com um acompanhante). Relata ter passado essas horas no chuveiro recebendo massagem da doula. No caso da Alliene, ela também tinha decidido chegar parindo à instituição pois não conseguiu a derivação. Nosso encontro aconteceu numa sala de descanso no edifício de seu trabalho (ela é gerente de negócios), pois passa a maior parte do dia ali. No capítulo anterior eu falei sobre ela contando que em sua dinâmica familiar o marido se ocupa do cuidado do filho durante o dia e ela do trabalho. É interessante em seu caso olhar os pródromos do parto para perceber em que medida a relação que ela estabeleceu entre o trabalho e a maternidade foi uma construção desde a gestação (na gestação trabalhava de maneira autônoma). Ela conta ter se perguntado como seria sua vida como mãe, se estaria privada de trabalhar após do nascimento do filho, como faria para obter sua renda, e haver entrado em contato com uma doula na semana 38 da gestação, aprendendo várias coisas relativas ao paradigma da humanização que a levaram a identificar suas vontades. No dia 3 da semana 41 rompeu sua bolsa e disse haver dirigido até o trabalho e passar mais de



24 horas com a bolsa estourada, chegando à MBN na jornada do trabalho de parto, com 8 de dilatação. “Olha que loucura, se eu houvesse chegado numa maternidade não humanizada a primeira coisa que teriam feito é uma cesárea, no dia 4 da semana 41, com 24 horas de bolsa estourada não tem como fugir de uma cesárea”. Embora sua estratégia fosse chegar parindo à instituição, pelo fato de não ter conseguido a derivação institucional, a escolha de ir trabalhar está permeada pelo lugar que ocupa seu trabalho na sua vida, o que se reflete na proximidade do processo do trabalho de parto de uma prática e um espaço significativo do seu cotidiano.

Algumas das mulheres que escolheram chegar quase no expulsivo à instituição tinham contratado enfermeiras obstétricas que as acompanhavam durante o trabalho de parto na casa, sendo profissionais que conhecem as equipes de enfermeiras e médicos da instituição. Esse é o caso de duas mulheres, que dizem ter recebido informação por parte da enfermeira obstétrica particular sobre como agir diante das equipes médicas, ou indicando em qual plantão seria melhor chegar à MBN, o que me leva a identificar que existe uma circulação de informação fora da instituição de carácter estereotipado em relação aos médicos e às equipes de enfermeiras, do tipo: “os da noite são mais agressivos”, “as enfermeiras da manhã são as mais amorosas”, informação que também atravessa as escolhas das mulheres no momento dos pródromos.

Outra situação é a internação para indução. Como mencionei acima, o protocolo da instituição indica que se o parto não tiver sido desencadeado até a semana 41, se prevê a indução para o primeiro dia dessa semana. Essa norma marca uma diferença com os acompanhamentos domiciliares feitos por equipes de enfermeiras obstétricas ou parteiras, em que se a gestação não manifestasse nenhuma intercorrência (boa frequência de batimentos cardíacos do bebê, pressão da mulher entre os valores reconhecidos como normais, sem perda de mecônio, etc.) aguardam até a semana 42. No caso da Thabata, ela e seu marido tinham vontade de um parto domiciliar e por motivos financeiros optaram pelo SUS. Moram numa pequena cidade da região metropolitana numa chácara, e tem uma casa de reza em que a mãe e o pai dela oferecem cerimônias de ayahuasca, rapé e temaskales, entre outras medicinas indígenas. Ela relata que ter feito a visita à MBN foi bem forte, pois nesse momento “caiu a ficha do parto”. Assim que chegaram à semana 41 a MBN indicou a indução e eles se recusaram, assinando o termo de responsabilidade, sob o argumento de que esperariam que o nascimento acontecesse ao tempo do bebê, citando que os estudos (ultra som e cardiotocografia) indicavam que estava tudo bem. Assinando o termo conseguiram passar mais uns dias em espera e chegar ao dia 6 da semana 41, em que a MBN indicou a indução. Ela disse que foi bem difícil aceitar que ia fazer a indução,

mas tentou não idealizar nada do processo que tinha em frente, e ficou internada nesse dia para começar o processo.

Haydée também combinou uma indução, aceitando os tempos estabelecidos pela MBN, isto é, o primeiro dia da semana 41. Por último, só uma das mulheres entrevistadas, a Karllen, tinha escolhido a instituição como plano B do parto domiciliar acompanhado por enfermeiras obstétricas, e logo depois de entrar em trabalho de parto e passar várias horas com dilatação completa sem o bebê descer, decidiu ir à MBN.

Analisando os dados em seu conjunto, eles expõem a diversidade de situações em que aconteceram os pródromos, o que permite ver de maneira inerente a diversidade de escolhas das mulheres e seus acompanhantes. O interessante das escolhas é que algumas respondem à elaboração de ideias prévias vinculadas na maioria dos casos às orientações de outros agentes, como doulas e enfermeiras obstétricas que atuam por fora da instituição, grupos virtuais de gestantes, ou a diversos espaços da cidade vinculados ao parto humanizado em que circula, por exemplo, a noção reproduzida por algumas mulheres que “não adianta ir cedo à Maternidade pois te indicam voltar para casa”; enquanto outras escolhas respondem melhor à imprevisibilidade do momento e à escuta dos desejos e vontades relativas às necessidades que se apresentam no corpo, como também ao contexto doméstico e de trabalho. Em relação à indicação de “*voltar para casa*” por parte da MBN, uma enfermeira entrevistada diz que nem sempre quando uma mulher chega à instituição se lhe consulta sobre suas possibilidades reais de se deslocar, acontecendo por exemplo o caso de uma moradora de rua, que foi quando sentiu os primeiros sinais de trabalho de parto, e a pessoa que a recebeu na instituição lhe indicou com insistência que voltasse para casa, até que ela manifestou que não tinha aonde ir. Esta enfermeira também relata que algumas mulheres ou casais que chegam à MBN tem dinheiro apenas para pagar uma passagem de ônibus, e nem tem roupa para a internação da mulher e para o bebê, portanto não tem condições de voltar para casa e aguardar até que o processo de parto esteja mais avançado.

Assim, das mulheres entrevistadas, algumas dizem ir no trabalho de parto à MBN porque “o negócio estava começando a engrenar”, se referindo principalmente ao fato de que a dor era muito forte e as contrações seguidas e regulares, enquanto outras manifestaram sentir o desejo de permanecer em casa fazendo movimentos ou ficando embaixo do chuveiro para atravessar a dor e se locomover no momento em que a dilatação fosse quase total. As duas escolhas expõem a percepção corporal da mulher, mediada pela dor e pelas demais sensações que vão sentindo, e que, em alguns casos, vão identificando-as como as “fases do trabalho de parto” que são divulgadas no âmbito da humanização.

Me interessa agora (um pouco como movimento que estimula a posteriori a análise sobre o parto na instituição) adentrar mais um pouco no interior das dinâmicas dos corpos no trabalho de parto, olhando como quem olha com uma lupa, fazendo foco tanto nas sensações e na autopercepção que compõem a experiência corporal, quanto no diálogo delas com noções próprias do ideário do parto humanizado, como também com discursos hegemônicos e científicos sobre o corpo feminino, e outros sentidos que são próprios dos contextos em que transcorre a vida das mulheres. Porém, devido à diversidade de casos, tomarei novamente só alguns para a análise, que vejo como expressivos desse leque de situações.

Mariana, quem havia escolhido chegar parindo à MBN por não conseguir a derivação, sendo também uma das mulheres que expressava sua vontade de “*protagonizar o parto*” relatou:

Eu acordei tipo quatro da madrugada com dor, meu marido tinha que ir trabalhar, mas ficou comigo e a doula chegou tipo nove horas da manhã. **Não tenho noção das fases do trabalho de parto certas porque comecei a ter dor e não parou mais. Tive vômitos e a dor continuou o tempo todo.** A doula não acreditou quando eu liguei, achou que fosse exagero, mas depois que ela chegou acompanhou com massagem, nossa ela foi maravilhosa, sem ela não teria sido como foi. **Passei todo o trabalho de parto em casa e cheguei com 10 de dilatação. No carro fui de quatro apoios, não conseguia me sentar.** (Mariana).

Ana Carolina conta haver ficado grávida logo depois de se graduar como enfermeira, entrando em desespero por sua situação de desempregada e a impossibilidade de achar emprego estando grávida. Esse motivo a levou a se sentir deprimida durante toda a gestação, embora não precisamente pelas dificuldades financeiras, mas por uma questão de “*orgulho*” segundo ela: “eu tenho um diploma da Federal (UFPR), sei que sou uma boa profissional e não posso provar isso porque estou grávida”. De maneira semelhante à Alliene, o processo do parto e do puerpério encontra-se atrelado à situação de trabalho (neste caso a falta dele). Ela relata:

Pouco antes de engravidar tinha feito um concurso para uma fundação que hoje é terceirizada da Prefeitura, tanto que fiz esse concurso enquanto estava fazendo a residência. Eu fui aprovada e não sabia. Na última semana da gestação recebi o e-mail que havia passado no concurso. **Tanto que recebi o e-mail numa sexta-feira, na terça-feira fui entregar a documentação e fiz meu cadastro lá, e na quinta entrei em trabalho de parto, na sexta-feira de manhã ele nasceu.** Como nunca tinha trabalhado de carteira assinada não podia tirar licença de maternidade, e eles foram super mega legais e me deram um mês, esse foi o tempinho que estivemos juntos, e eu só chorava, só chorava...

Quando estourou a bolsa era por conta das 3 da tarde, minha mãe estava aqui comigo, eu lembro que fui ao banheiro, **muita vontade de fazer xixi, comecei a urinar e não parava mais, só que eu sentia que já não urinava e sentia uma água batendo no vaso meio turva, cheirei, era o cheiro característico do líquido amniótico. Mas aí eu pensei assim, a bolsa estourou, mas ainda não tenho contração, se eu vou para a Maternidade não vão me atender, então fiquei aqui, avisei a minha mãe, falei**

**não ligue para o Thomas (marido) ainda, aguarde ele chegar em casa.** A minha mãe tinha passado cesariana porque morre de medo, e ela achava que eu tinha o mesmo medo. Para ela a cesárea é melhor porque acha que não vai sentir dor. **Aí meu marido chegou, a bolsa estourou às 3 horas, a gente saiu daqui às 7, quando cheguei já estava com bastante saída de líquido e 2 de dilatação e não consigo lembrar se na meia noite ou 3 da manhã fui à sala de parto, só lembro que vi árvores coloridas nesse momento. Eu estava muito cansada, só ficava de olhos fechados sentindo as contrações e tentava dormir.** (Ana Carolina).

Kelle relata:

Fui à Maternidade o dia que completava a semana 40 e tive muita sorte. O médico me examinou e disse que estava tudo bem, mas me pediu para ir todos os dias e se houvesse alguma alteração íamos induzir. **Comecei a caminhar bastante, tinha bola, fazia exercícios na bola.** Ele me falou, faça, mas não muito, senão na hora vai estar cansada. E todos os dias era um médico diferente (na Maternidade). **Aí na sexta-feira eu fui e tinha um de dilatação, eles falaram que o colo do útero estava muito alto. Na sexta a gente caminhou bastante, no sábado fui de novo e estava com 1 ainda, o domingo estava com 1 ainda. Puxa. Não sentia dor nem cólicas, aí o domingo saí e fui ao mercado e no mercado comecei a sentir uma cólica diferente na lombar. Eu sempre sofri de cólica menstrual e para mim era como aquela cólica. Almoçamos, ficamos em casa e estava sentindo dor.** Às 7 horas fomos e me atendeu uma médica, não lembro o nome, era uma japonesa e ela me fez o toque e estava com 3, aí ela falou: eu vou rasgar teu colo porque desse jeito eles vão a te internar, e colocou o dedo e rasgou, aí foi para 5 de dilatação. **Essa foi a primeira situação que eu fiquei, sabe assim, isso não está certo.** (Kelle).

Ana Paula relata:

Eu sempre antes de engravidar era muito focada nesse negócio de **manter um corpo perfeito, eu faço massagem, e nos cursos trocava massagem, fazia massagem modeladora, e sempre cuidei de meu corpo. E ver meu corpo crescendo, mudando, me assusta muito. A gente não está preparado para se ver assim. Eu fiquei imensa, inchada, olhava no espelho e não me reconhecia, às vezes me olhava e não me via bem, às vezes me via linda, são emoções, hormônios. Sobre o parto eu tinha toda aquela informação da hora dourada, contato pele a pele, corte tardio de cordão, evitar episiotomia, o pai fazendo o corte de cordão. Tanto que isso ainda machuca né.** O processo de nascimento começou assim. Pela ecografia dava no sábado dia 22 a data provável de parto, e pela menstruação dava dia 21. **Aí eu fui nesse dia para controle, fiz o cardiotoco, e senti uma cólica, mas como a gente não sabe o que é uma contração, porque a gente não sabe, pensei que era uma colicazinha.** Cheguei à Maternidade de manhã, estava com essas contrações, e quando ela (médica) fez o toque estava com 4 de dilatação. Aí ela me pediu para fazer de novo o cardiotoco. A enfermeira falou que você está com 4 de dilatação plena assim. Vai para casa, descansa, faz caminhada. **Aí eu caminhei até a rua de lá em cima, quando voltei eram perto das 5 horas, e as contrações começaram de meia em meia hora.** Aí eu chamei a Louise (doula particular voluntária). Devido a um curso que eu fiz no Espaço XXX eu a conheci e consegui esse trabalho voluntário dela. Então quando ela chegou em casa, a gente foi ao chuveiro, conversou, estava minha mãe, minha tia, meu marido, ela me fazia massagem, meu marido sabia de massagem porque fez o curso comigo, ele tinha aquele acompanhamento. **Era para ser aquele parto perfeito, sonhado. E quando cheguei às 2 e meia da madrugada [na Maternidade] estava de 2 em 2 minutos [contrações], eu cheguei lá estando com 5 de dilatação, levei o dia inteiro para dilatar. Pensei, meu Deus.** (Ana Paula).

Por último, Samara disse:

**Na semana 38 entrei em trabalho de parto, antes já tinha muita contração de treinamento. Eu sou super sedentária, mas no momento necessitava me mover, fazer agachamento, vocalizei muito, mas muito. Foi assim, saiu intuitivamente vocalizava tipo gemido. O plano era ir com 7 de dilatação à Maternidade, daqui até lá dá 15 minutos. Estava me acompanhando uma enfermeira do grupo XXX de maneira voluntária, ela fez o toque e estava com 8 de dilatação, mas a bolsa estava íntegra. Aí decidimos sair, e eu gritei muito, muito forte quando descia a escada de casa. Cheguei à Maternidade em partolândia total já sentindo os puxos e entrei em cadeira de rodas. Aí na partolândia não deixava que me fizessem toque, gritava de maneira selvagem. Recebeu um médico e a bebê nasceu no pronto atendimento. (Samara).**

Todos os parágrafos trazidos aludem ao começo do trabalho de parto, e tem em destaque aquelas partes do relato em que são narradas as vivências corporais ou as ideias e noções em relação ao parto e o corpo feminino. Assim, os relatos deixam ver, em princípio, a consciência da mulher sobre suas necessidades no momento do começo do trabalho de parto, isto é, a percepção das sensações corporais, que se apresentam permeadas por duas questões. Por um lado, pelo já conhecido, já vivido ou já nomeado, tal é o caso da Kelle quando associa a dor à cólica menstrual, da Ana Caroline que reconheceu o cheiro do líquido amniótico pois tinha passado por uma residência numa maternidade, ou da Samara (mãe de segunda viagem) que fala das “contrações de treinamento”. Por outro lado, aparece nos relatos uma identificação ou associação dos processos corporais, com sentidos próprios do ideário da humanização, como no caso da Mariana que disse sentir uma dor permanente e não reconhecer as “fases do trabalho de parto”. Comumente, tanto na visita que oferece a MBN quanto em outros espaços vinculados ao parto humanizado, circula informação sobre o processo do trabalho de parto, separando-o em fases (a saber: dilatação (latente e ativa), expulsão e dequitação), e caracterizando a primeira fase pela duração e distância entre as contrações (tempo), como também pela dilatação uterina (de 1 a 10). Os relatos sobre o trabalho de parto parecem mostrar como essa e outras informações que formam parte do ideário do parto humanizado se configuram como o prisma pelo qual passa a experiência dos corpos femininos em parto. Isto é, tais informações tornam-se a base da leitura, interpretação e percepção das mulheres sobre seus próprios processos corporais. Isto não quer dizer que a experiência em si não produza uma significação nova, única e singular, mas o que estou tentando mostrar é certa tendência nas mulheres entrevistadas a entender o processo que estão atravessando através das informações previamente recebidas que circulam no âmbito da humanização, que lhe indicam por exemplo, quais sensações corporais poderiam estar associadas a cada fase do trabalho de parto. Também nesse processo emerge o que Mauss (1979) chamou técnicas corporais, isto é a forma em que homens e mulheres fazem

uso de seu corpo, sendo formas de caráter espontâneo e produto da socialização histórica do corpo, como no caso da Samara que disse ter vocalizado muito sem receber nenhum tipo de orientação nem instrução prévia para isso.

Assim, vejo que a informação à que acessaram a maioria das mulheres durante a gestação cimenta uma espécie de idealização ao considerar que o corpo “iria” agir seguindo uma conduta “natural” ou “fisiológica”, segundo as noções do âmbito da humanização, e simultaneamente inscreve no corpo sentidos próprios da lógica de uma cultura do nascimento que é o nascimento humanizado. Com isto quero dizer que já desde os pródromos observo experiências corporais femininas que não respondem ou não se identificam plenamente com a sequência padrão do processo do parto que é difundida desde os âmbitos da humanização. Então é possível distinguir nos relatos a supremacia do discurso da humanização operando como o “ideal”, sobre a experiência do corpo que pode não responder totalmente a tal discurso, como o caso da Mariana ou da Ana Paula.

Assim, parece haver uma produção de sentidos sobre corpo feminino ligada ao ideário do parto humanizado, em que o corpo é normatizado sob uma sequência de parto que se apresenta como o “natural” e o “fisiológico” em todas as mulheres, em detrimento dos múltiplos e diversos *habitus*, relativos aos contextos particulares, que traçam a vida e o agir desses corpos. No relato da Samara aparece um exemplo do uso de uma categoria da humanização para identificar e nomear uma experiência corporal, que reverbera na construção de sua subjetividade feminina e de mulher que pariu. Na sua narrativa ela faz uso duas vezes da palavra “*partolândia*”, termo que é usado dentro do âmbito do parto humanizado para se referir ao momento prévio ao expulsivo, em que a mulher se desconecta do que acontece ao redor de seu corpo entrando num estado de introspecção, em que, segundo as explicações científicas em que se baseia o ideário da humanização, a parte frontal do cérebro ou “neocórtex” parece se desligar, acessando então a um lugar mais inconsciente e irracional em que aparecem imagens, cores, lembranças, etc. Por exemplo, Ana Carolina menciona em seu relato que via árvores. Tive a possibilidade de ouvir uma parteira na tradição falando sobre o uso desse termo no âmbito da humanização, e ela disse que o termo não é usado pelas parteiras tradicionais pois acham que tal expressão propõe a analogia desse estado da mulher com um parque de diversões, sendo que, segundo ela, a mulher está acessando um profundo lugar de seu interior “espiritual”. Por outro lado, ela diz que esse termo responde a uma visão cartesiana que interpreta a mente e o corpo e o espírito como âmbitos separados, interpretando como se a mulher entrasse num lugar “fora de si” que seria esse parque de diversões, enquanto para as parteiras tradicionais isso acontece “dentro”, “no próprio corpo e espírito” da mulher. De fato, é interessante notar que

nas mulheres entrevistadas não existem ideias ou noções, tanto do corpo quanto do parto, vinculadas às narrativas de parteiras tradicionais e indígenas em que predominam, por exemplo, a presença de forças energéticas e espirituais associadas ao processo do parto.

Para concluir, posso dizer que na observação e análise dos relatos sobre os pródromos, aparece uma variedade de situações e experiências que mostram uma distância entre as ideias que prevalecem no âmbito da humanização sobre “como é” ou “como teria que ser o parto se fosse assistido sob o olhar humanizado”, baseadas num processo padronizado segundo as evidências científicas, e em um parâmetro da “fisiologia” ou “funcionamento natural” do corpo feminino (questão que se recupera na conclusão) que se estende de maneira homogênea a todas as mulheres; e a história e os sentidos que cada corpo comporta (em relação com o contexto em que esse corpo foi se desenvolvendo), que incide diretamente em seu agir e na experiência/vivência no processo do parto. Aqui faz sentido novamente lembrar a pergunta de Martin: que pressupostos culturais estão sendo levados em conta sobre a natureza das mulheres? Como a medicina, e neste caso o paradigma da humanização, vê as mulheres e como elas veem seus corpos (MARTIN, 2006, p. 51)?

A modo de questionamento para concluir esta seção e para indagar no próximo segmento, me pergunto então como reverbera nos corpos, nas experiências de parto e nas subjetividades femininas esta projeção e transposição de valores vinculados a esta “cultura de nascimento” que é o parto humanizado, tais como “o corpo age de maneira natural”, “o parto acontece por fases”, “o parto é um evento fisiológico”, e por sua vez, o que a experiência ou vivência corporal de cada mulher coloca em cena.

### **3.2 Partos e dinâmicas institucionais**

Esta seção supõe um novo movimento analítico na busca de enxergar as relações que se estabelecem no diálogo entre os processos corporais femininos durante o parto e as dinâmicas institucionais. Isto sugere, como peculiaridade do objeto de estudo, identificar tanto as experiências corporais das parturientes quanto as dinâmicas institucionais visíveis nos relatos, considerando o “*entre*”, aquele espaço vincular da intersubjetividade, isto é, do vínculo do corpo com o ambiente, e do corpo no ambiente, pensando num possível continuum entre uma e outra esfera.

A análise desse espaço de relações intersubjetivas leva a identificar situações cujos pormenores fazem da MBN uma instituição “viva”, para além das aparentes fixações

normativas como são os protocolos obstétricos e tudo o que estiver pré-estabelecido para o decorrer dos nascimentos. Encontram-se então nesse “*entre*” o agir de diversos agentes que compõem o ambiente institucional em que a mulher está parindo e a relação de cada um deles tanto com as normativas quanto com as práticas institucionais pré-estabelecidas e com a presença de cada mulher, de maneira conjunta com o diálogo da corporeidade das mulheres com tal ambiente.

Seguindo a perspectiva do *embodiment*, o interessante aqui é advertir que o corpo é, ao mesmo tempo, a fonte da existência e o local da experiência que logo é recriada nos relatos. Assim, seguindo Csordas, a experiência corporizada pode ser o ponto de partida para analisar a participação humana no mundo cultural. Ele considera que para a pesquisa em ciências humanas a corporeidade é “um campo metodológico indeterminado, definido pela experiência perceptual, pelo modo de presença e pelo envolvimento no mundo” (CSORDAS, 2013, p. 12). Assim, uma das linhas interpretativas sobre corporeidade que ele resgata é a traçada por Bourdieu, ao considerar o corpo como *locus* de práticas sociais e identificar que o vetor da agência dos corpos é duplo, apontando em direções opostas e recíprocas entre eles e o mundo que habitam e que os habita. Csordas também contempla na perspectiva do *embodiment* a obra de Merleau-Ponty para colocar em primeiro plano a noção de “*percepção*”, como uma operação que começa no corpo, e que, através do pensamento reflexivo acaba nos objetos. Merleau-Ponty sugere uma análise que começa no ato pré-objetivo da percepção (prévio ao exterior), e que se efetua sempre desde um lugar espacial e temporal especial que dará lugar à perspectiva. Nesse ato tem lugar a intenção, que para Merleau-Ponty, à diferença de Husserl, não é uma intenção que vem do julgamento ou de um posicionamento assumido, mas sim trata-se de uma “intencionalidade operativa” que emana da existência corporal se constituindo numa disposição “para o mundo”. Segundo ele, é mais exato dizer que somos corpos para o mundo ligados a ele pela teia de fios intencionais que são emitidos por nós. Assim, seguindo a proposta de Csordas (2010), tomando tanto a noção de *percepção* e *intenção* de Merleau-Ponty, quanto as categorias de *habitus* e *prática* de Bourdieu, pretendo entrar no estudo da interação dos corpos femininos com o ambiente hospitalar. Isto sugere partir do corpo “vivido”, ou seja, da experiência da parturiente como a experiência de um corpo-no-mundo, constituindo-se o ponto de partida metodológico.

A entrada das parturientes na instituição supõe um novo momento do processo do parto em que, em comparação com as experiências do trabalho de parto no espaço domiciliar (espaço que possibilita entre muitas coisas o contato com os parentes), as lógicas de comportamento dos corpos encontram-se intimamente ligadas às normativas e dinâmicas do funcionamento



institucional, destacando-se com relevância na maioria das entrevistas o vínculo entre as equipes médicas e equipes de enfermeiras, a disposição do médico/a que recebe a gestante na triagem, as trocas de plantão, os recursos materiais e infra estruturais (principalmente o abastecimento de água no banheiro), entre outros. Portanto, no momento do ingresso das gestantes na instituição, convivem as experiências e sensações físicas e emocionais das parturientes inerentes ao próprio processo do trabalho de parto e ligadas às experiências prévias que viveram no espaço doméstico, com a nova interação do corpo com o ambiente hospitalar.

Me parece especialmente complexo abordar minuciosamente as múltiplas variáveis que atravessam o diálogo corpo-instituição, pois envolvem, como mencionei acima, aspectos variados e uma constelação de agentes cujos lugares e tarefas estão organizados e normatizados em prol do funcionamento do espaço institucional. Portanto, considerando que estou partindo dos relatos das experiências femininas e que o zoom é feito sobre tais experiências, me permito desenhar, de modo operativo e com o intuito de facilitar o olhar dessas dinâmicas que enxergo desde fora e numa outra temporalidade (que não é a temporalidade do trabalho de parto *in situ*), um *poliedro* como figura geométrica tridimensional que espelha as dinâmicas, vínculos e relações entre os diferentes agentes dentro do ambiente institucional: esse “*entre*” em que muitas coisas acontecem em simultâneo. Sendo o poliedro uma figura de vários ângulos, situo em cada um deles os agentes que recorrentemente aparecem nos relatos das mulheres: o/a médico/a, a enfermeira, a doula, a recepcionista, a fotógrafa, a residente, a parturiente, o acompanhante. O que acontece tanto nos limites quanto no interior desta figura é traçado por linhas que se estendem em todas as direções, confluindo nos ângulos. Poderia se pensar então que no interior do poliedro têm lugar as dinâmicas entre os agentes e o diálogo da corporeidade feminina com o espaço institucional.

Começarei então pelo agir dos corpos das parturientes nesse contexto geometricamente complexo, resgatando suas expressões, movimentos, sensações, vontades, dores, medos, ideias, escolhas, etc., e observando como no relato das experiências vão aparecendo indícios sobre as práticas e a atuação dos agentes institucionais. Porém, a sistematização e análise dos relatos não é tarefa fácil, devido à diversidade de experiências e situações. Portanto, me vejo na disjuntiva de escolher entre aqueles eventos que aparecem com relevância nos relatos (o que me parece um ato de injustiça interpretativa, pois estaria relegando gestos que não aparecem de maneira repetitiva, mas que em sua singularidade poderiam ser significativos), ou criar uma espécie de classificação para organizar os dados, o que seria uma operação metodológica semelhante à já feita nos capítulos um e dois.

Seguindo essa última opção, decidi separar os casos entre aqueles que são identificados pela própria mulher parturiente como um parto “fluído”, “tranquilo”, ou “sem intervenções”, e os que foram “complicados” e tiveram “intervenções”, entendendo por intervenção a realização de determinadas práticas obstétricas, a saber: indução, episiotomia, uso de fórceps, cesárea, manobra de Kristeller. Começarei num primeiro momento trazendo trechos etnográficos vinculados ao processo do parto, e na seguinte seção relativa às doulas e enfermeiras vou me referir brevemente ao puerpério imediato.

Decido iniciar pelo relato da Kelle e da Ana Carolina, como continuação dos relatos delas já presentes no segmento anterior. No caso da Kelle, começarei a partir do momento em que ela foi à MBN para avaliação e a médica da triagem rasgou o colo do útero para ampliar a dilatação e para que ela tivesse um motivo para ficar internada.

Kelle diz:

Me internaram, tem o espaço dos partos, tinha outra guria aí, era lua cheia, uma loucura, e aí a equipe de enfermagem excelente, todas as meninas maravilhosas sabe, nisso de não atrapalhar, elas estavam ali, me deram a bola, a gente tinha plano de parto, entreguei para a médica, fiz exercícios [movimentos] e deixaram a gente. E a médica vinha a cada 3 h e com a médica teve resistência. Ela vinha e falava que não estava evoluindo, que ia passar o plantão e ela ia sair e voltar e eu ia estar aí ainda. Que se não queria usar ocitocina sintética. Eu falava não, tá tudo bem, tá tudo tranquilo. E ela sempre colocava: você está passando dor em vão, não precisa. Até aí com muito respeito. 4 da manhã eu tinha ido para o banheiro, Cris [acompanhante] me fazia massagem.

Eu: Se alimentava nesse tempo?

– **Não, a enfermeira me trouxe um chazinho com bolacha, mas a médica me falava que não podia. Eu lembro que sentia muita fome. Elas me falaram olha não posso fazer isso [as enfermeiras].**

Então fazia movimento o tempo inteiro, banheiro, bola, é pequeno né [se referindo ao espaço], então ia para o corredor.

Eu: O que tinha vontade de fazer nas contrações?

– A gente fazia exercícios vocais [Cris chega à sala em que estamos fazendo a entrevista].

– [Cris]: Como a gente não ia ter dinheiro para o parto em casa a gente foi aprendendo coisas que podia fazer, e como eu trabalho com música, com canto, aprendi técnicas para a hora da contração. Íamos ao banheiro [chuveiro], usamos a bola de pilates, e a vocalização.

Eu: Você lembra da vocalização?

– Sim, trabalha a respiração, é MEEEI, MAAAAAE, MEEEEIIIII, do teatro. Lembro caminhando muito no corredor, aí teve uma hora que ela veio [médica] e a dor estava mais forte. Fez o toque de novo e falou que estava em 8, e falou: “você não vai conseguir, eu vou voltar [logo da saída do plantão] e vai estar aqui ainda”. Ela é uma japonesa que também trabalha na Victor Ferreira do Amaral [outra maternidade da cidade]. O Cris me falou “deita, fica deitada”, **nossa o Cris foi fundamental.** “Descansa um pouco, tenta dormir, deita, descansa, porque daqui a pouco vai entrar no processo mais forte”. Olha o que ela falou, fez o toque e falou: **“você não vai conseguir, não tem porque você não usar ocitocina, meu plantão vai acabar daqui a pouco, aí depois os bebês morrem e vocês querem culpar aos médicos”.**

Ela falou isso para mim. Eu senti muita raiva e insegurança, mexeu muito com minha insegurança. As enfermeiras me falaram que estava fluindo. Eu estava segura, não estava com medo. O bebê estava bem. Quando ela falou isso, senti a insegurança. Na

hora que ela falou isso, eu pensei acho que naquele momento passou um filme, tipo não é real, se ele [o bebê] não estivesse bem, houvesse se apresentado algo no cardiotoco, não tinha mecônio, a bolsa não tinha estourado. Minha vontade era sair correndo dali, eu só fazia assim com a cabeça para ela e falei assim: “não doutora, se eu quiser colocar ocitocina eu te chamo”. Ela saiu e eu olhei para o Cris e perguntei, o que você acha? **Aí já tirei minha segurança, no momento que pedi para ele opinião sobre meu corpo, né, não estava mais eu no controle.** Ele me falou: o que você está sentindo? Estou sentindo dor, mas está tudo bem, está tudo de boa, estou tranquila. Então vamos lá. Ele não ficou desesperado. Depois dessa hora ela me tratou muito mal, assim sabe, com diferença tipo foda-se. Aí quando começou tipo 6 da manhã a vir uns puxos mais fortes e eu gritava, a enfermeira apareceu, ela apareceu também e ela falava assim para mim “você não vai conseguir, não é gritando que ele vai sair, você tem que concentrar o grito na força”. O jeito que ela falava, “faça força, se concentre na força”. Aí acho que passou o puxo e relaxei. E falou de novo “essa daí” e saiu. **E graças a Deus ela não voltou mais. Aí parou logo desse puxo mais forte. Aí naquela hora eu senti, estou fazendo errado.**

Eu: você tinha dormido?

– Não, todo ativo. Aí eu lembro que quando foi trocar o turno ela passou na menina que estava no meu lado e não passou em mim e a enfermeira chefe veio com a Juliane [enfermeira], **na hora que eu vi a Juliane foi uma luz, porque aí eu soube que não ia passar mais violência.** Aí a enfermeira chefe falou para ela: eles estão super bem, eles estão fazendo o trabalho todo sozinhos, eles estão bem, ela já teve um puxo forte agora, aí a Juliane me olhava, “mas eu conheço você”. “Sim eu te conheço”. uma alegria! Então acho que ela já entendeu também. Aí começaram os puxos de novo, Cris pelo amor de deus, e agora?

Elas vieram [enfermeiras], nem sei como estava eu, ah estava virada na cama, uma delas que é doula também, não lembro o nome, mais velha, me abraçou e a Juliane falou “vamos virar, vamos achar outra posição”, e elas começaram a me moldar aí. Aí ela perguntou se eu queria sentar, acho que não respondi nada. Tudo me falava com um tom baixo de voz muito calmo. “vamos virar? vamos ficar de 4 apoios?” Eu virei, ela me ajudou, eu me segurei na cama e a doula veio aqui em mim [atrás] e ficou falando você vai conseguir, calma, vamos respirar, vou respirar com você. Aí quando vier a dor você faz força. E eu parei de ter aqueles gritos. Acho que eu gritei, mas do jeito que elas me falaram estava calma, estava acontecendo. Ela pegava minha cabeça e me abraçava, respire e faz força quando vier a dor. Aí começou a doer mais, eu sentia queimar. Ela me falava “está indo muito bem, está indo muito bem”, aí apareceu a cabecinha, ela me falava “ele é muito cabeludo”, sentia muita queimação, me falava “coloque a mão”, e eu respondia “não quero, tire daí!” ela continuava “você está indo bem”. Aí foi muito rápido.

Eles mudaram de plantão 7h e o João nasceu 7h52. Sem a pressão da médica. Foi muito rápido. Aí quando me falaram da cabecinha foram outras duas forças e nasceu. E a bolsa estourou quando ele nasceu. O Cris conta que não chorou e que depois que fizeram uma manobra com ele na boca cuspiu líquido. “Olha teu filho me falava a doula”. “Não consigo, eu já vou, calma, calma”. É uma sensação de poder, não sei dizer assim, de Deus na terra. Daí eu comecei a sentir outra contração que era da placenta, mas naquele momento eu perguntava o que está acontecendo, não quero mais, e antes de eu virar já saiu a placenta. (Kelle).

Em relação à Ana Carolina, a análise do seu caso é realizada considerando também um vídeo do momento do expulsivo, sendo um aporte etnográfico significativo e a única gravação audiovisual que forma parte do compêndio etnográfico.

Ana Carolina relata:

Quando cheguei já estava com bastante saída de líquido e 2 de dilatação e não consigo lembrar se na meia noite ou três da manhã fui à sala de parto, só vi árvores coloridas e falava coisas sem sentido. meu marido dava risada.

Eu: Qual era a vontade do corpo?

– Dormir. Eu estava muito cansada, só que não conseguia, ficava de olhos fechados sentido as contrações e tentava dormir.

O trabalho de parto ativo foi mais demorado do que eu pensava, porque pelo que os profissionais falavam [na universidade] a ideia que eu tinha é que seria muito mais rápido, **mas hoje, vendo de longe, vejo que todo o trabalho de parto e como ele evoluiu foi bem de livro teórico, foi tudo perfeito. Todas as fases no momento correto, bem de estudo de caso para iniciante de graduação. O que eu conseguia perceber era que me dava muita agonia que o bebê não saia, eu não sentia dor da contração, muita vontade de evacuar e ficava incomodada porque não conseguia evacuar. Aí quando ele passou o colo do útero foi quando eu senti mais dor, foi o maior incômodo.**

Eu: Em qual posição você estava?

– Eu fiquei caminhando o tempo todo, um pouco na cama, um pouco na cadeira, na bola, dando caminhada, fui para o chuveiro umas 4 vezes, e não conseguia ficar tanto tempo em pé, ele foi um bebê muito grande, para minha estatura um bebê de 3,8kg e 50 cm é muito grandão.

Eu: Em qual semana de gestação você estava?

– 39 e 5 dias.

Não consigo precisar qual foi o pior momento porque fiquei rodando o tempo todo. Eu sempre comentava com o marido que você vê cenas de parto com mulher deitada ou na cadeira, e isso é o pior, fica com compressão nos vasos sanguíneos, e lembro que quando estava na cama era a única posição que sentia confortável. Aí, mais para o final lembro que eu comentei com a Carla [enfermeira obstetra], estou com muita vontade de evacuar, e ela me diz “quer tentar?”, “eu estou com muito medo de ele sair no vaso”, “vamos lá que te acompanho”. Meu marido acabava de sair para fazer o café da manhã, ele esteve comigo o tempo todo e foi o único momento que saiu para fazer uma refeição.

Aí quando sentei no vaso a Carla falou, ele está corando, passa aí a mão. Aí apalpei ele, toda a cabecinha, então vamos voltar para a cama. Fui meio de cócoras e de tanto falar daquela posição de parto foi a que me causou mais conforto, e eu ficava deitada meia reta porque era o que me causava menos dor. Aí avisaram a meu marido e ele chegou correndo. Ele ficou do meu lado, o bebê demorou um pouco mais para sair e a Carla falou: “quer tentar a cadeira?”

**Eu estava com medo da cadeira porque antes de ele coroar eu já tinha tentado na cadeira e sentia muita dor e muita ardência.** Então ela me falou que não vai fazer tanta diferença então não custa tentar. Montaram a cadeira e em 2 contrações saiu bem de boas. Talvez no momento que ela falou que ele já estava corando, se eu já tivesse ido à cadeira não teria perdido meia hora na cama tentando ele sair. Outra coisa que eu lembro que quando sentei na cadeira senti uma ardência muito grande no clitóris, e logo começou no períneo, aí a ardência parou, ele nasceu tudo certinho e enquanto estavam fazendo o APGAR a ele, ela me falou que na hora que eu senti ardência no clitóris foi porque tive uma compreensão ali por ele estar saindo, então fiquei com uma lesão de grau 1, também do lado direito aqui da vagina, e a ardência do períneo foi uma laceração de 2 cm ou 1 e meio, foram 3 pontos em períneo e 4 internos na vagina. Foi pequena, eu acompanhei no estágio na Victor Ferreira [outra Maternidade] episiotomias que as meninas levavam 17 ou 18 pontos. E foi isso.

Eu: Em todo esse processo teve alguma prática que você considera desnecessária?

– Não, foi extremamente respeitosa. Elas me falaram que eu fui muito zen. Acho que ter um pouquinho de conhecimento na área ajudou também, foi bem tranquilo. Eu usei até essência de lavanda no quarto.

Eu: Seu marido estava acompanhando no momento do expulsivo?

– Sim, tem vídeo, quer ver? Se você quiser posso até te passar a ele.

Ele [marido] não olhava quando o bebê saiu, a cara dele é ótima. Foi super tranquilo.

Eu: Depois disso o bebê ficou com você?

– Aí a gente saiu da cadeira, fomos para a cama, nesse percurso o Thomas o segurou até a placenta sair, foi o Thomas quem cortou o cordão.

Aí colocaram ele no peito, mamou no momento, pega perfeita e mamou uma meia hora. Ficou um bom tempo para logo ir à sala de observação, e enquanto ele estava lá eu estava com a sutura. (Ana Carolina).

Os relatos da Kelle e da Ana Carolina abrem a entrada a esse poliedro, colocando em cena uma diferença fundamental: no parto da Kelle aparece a figura da médica e no parto da Ana Carolina só aparece a figura da enfermeira obstétrica.

Kelle descreve o agir da médica de plantão, das enfermeiras, da doula, de seu acompanhante, e suas próprias sensações físicas e emocionais, o que, em primeira instância, leva a identificar o lugar de cada agente, em detrimento de uma análise homogênea e abrangente que poderia entender a instituição como um corpo só, e num segundo lugar, leva a lembrar o que já esteve presente na conjuntura da MBN descrita no capítulo um: a busca da humanização é também a busca de autonomia, e a diferenciação das enfermeiras em relação à figura dos/as médicos/as, que manifestaram resistência às mudanças do paradigma. Assim, uma bolacha que chega à Kelle por parte de uma enfermeira e pelas costas da médica aparece talvez como símbolo desse jogo de posições em que nem todos os participantes compartilham olhares iguais nem comportam os mesmos interesses. Cada um é um ângulo diferente. O símbolo da bolacha aparece na maioria dos relatos e revela um lugar de ambiguidade em que nem todo o estabelecido normativamente é garantido na prática, como também nem tudo o que acontece na prática responde às normativas. Existe um protocolo que determina que a gestante pode se alimentar até certo momento do trabalho de parto, e mesmo assim há rejeição por parte de alguns médicos a cumprir com esse protocolo, e há uma tendência por parte das enfermeiras a assistir essa necessidade da parturiente em sigilo para não contrariar à disposição do/a médico/a. Por outro lado, aparece no relato da Kelle a figura da médica encarnando uma prática que responde ao velho paradigma: a busca de que o parto aconteça dentro do plantão. Tal busca interfere no tempo do nascimento, como uma linha tensa que está se traçando desde o ângulo da médica até o ângulo da parturiente, se traduzindo numa atitude de pressão e ameaça que a Kelle sente como violência. O interessante é observar que a interação da Kelle com a médica criou um clima de tensão que, segundo ela, produziu insegurança em si mesma, sendo fundamental o apoio do acompanhante, que ocupou um lugar empático induzindo-a à escuta de suas necessidades, no momento que lhe perguntou: “o que você tá sentindo?”. O parto da Kelle dá um giro na hora em que aparecem novos atores na cena: uma doula e uma enfermeira que ela havia conhecido em uma roda de gestantes, e com essas presenças ela passa da sensação de insegurança à certeza: “aí soube que não ia passar mais violência”. Poderia se dizer que a enfermeira e a doula ocuparam um ângulo antagônico à médica: enquanto a médica se dirigia

desde o lugar do conhecimento autoritário (sem dar indicações ou ajudas precisas, desacreditando a possibilidade da Kelle de parir e com relativa distância corporal), a enfermeira e doula fizeram contato de perto com o corpo da Kelle, usando um tom de voz suave, ajudando-lhe a respirar e validando suas necessidades e sua possibilidade de parir. Segundo Jordan (1993), o conhecimento autoritário é aquele que sobrepõe e deslegitima outros tipos de conhecimento, tal como experiências prévias da mulher ou o conhecimento de seu próprio corpo. Assim, a disposição corporal das profissionais aparece como representação de duas culturas de nascimento, podendo lhe adjudicar à médica uma disposição própria do modelo tecnocrático e à enfermeira e doula uma disposição própria do paradigma da humanização.

Kelle usou a expressão “moldar” para se referir ao acompanhamento destas últimas profissionais, lhe oferecendo posições e posturas em um momento em que seu corpo estava atravessando essa oscilação de emoções, da insegurança à calma, e rapidamente o expulsivo aconteceu. O agir do corpo da Kelle e o decorrer do trabalho de parto deixa entrever que a ação de “se moldar”, além de tratar-se de uma estratégia postural, pode ser também uma disposição inconsciente de adaptação às situações e imprevisibilidades do ambiente institucional, sendo a troca de plantão uma das mais relevantes, isto é, há uma mudança no agir do corpo intimamente ligada aos estados emocionais, que são os fios do diálogo do corpo com o ambiente. Segundo a antropóloga Davis-Floyd:

A presença tranquilizante de uma parteira familiar ou de outra companhia pode, por exemplo, ajudar a mitigar os níveis de hormônios de estresse como o cortisol e epinefrina, que, como sabemos, são inibidores da ocitocina, o hormônio estimulante das contrações do parto [...]. As relações evolucionárias complexas entre hormônios produzidos durante respostas de medo e ou dor e aqueles que estimulam o parto se combinam para produzir o que tem sido chamado de efeito “avental branco” ou “fim de semana” em primatas e não humanos, respectivamente. Estes efeitos são caracterizados pela diminuição ou parada completa das contrações do trabalho de parto quando mulheres ou outras primatas sentem medo ou ansiedade ao se perceberem observadas por médicos (aventais brancos) e ou pesquisadores. Mulheres experimentam diminuição das contrações em resposta ao medo ou incerteza (compensada com ocitocina) ... A liberação de adrenalina e de cortisol em resposta ao medo e ao estresse e o consequente retardamento do trabalho de parto podem ter servido uma função adaptativa no passado porque tais mecanismos evitam que mamíferos deem à luz crianças frágeis sob condições de perigo predatório... Abordagem tecnocráticas atuais subestimam imensamente as necessidades psicossociais e fisiológicas desenvolvidas pelas mulheres em trabalho de parto (DAVIS-FLOYD, 2017, p 101).

A experiência da Kelle me conta sobre o corpo agindo em ressonância com o meio, passando de um estado a outro em relação ao estímulo do ambiente, o que escuta, vê, e o que recebe no toque. Ela diz “E eu parei de ter aqueles gritos. Acho que eu gritei, mas do jeito que elas me falaram estava calma, estava acontecendo”. O grito talvez fosse, num primeiro

momento, não só a expressão da dor e da raiva que sentia pela fala da médica, mas também um chamado à assistência que parou assim que chegou a dupla enfermeira-doula.

No caso da Ana Carolina, em sua cena de parto não aparece a figura do/a médico/a, porém, os sentidos previamente designados por ela ao trabalho de parto têm a ver com sua formação na área das ciências médicas (enfermeira) e sua trajetória dentro de algumas instituições. *Habitus e percepção* se encontram interligados no relato da Ana Carolina, no momento que ela diz sentir que o seu parto estava sendo mais demorado do que havia aprendido na universidade, mas que logo percebeu que seu desenvolvimento obedecia à progressão ensinada dentro da teoria obstétrica da sua formação. Isto é, em sua percepção do processo predominam os sentidos relativos ao parto que estão em circulação dentro da sua formação acadêmica. Ela relata haver falado previamente para o marido que a posição deitada não era boa segundo o que ela estudou, porque comprime os vasos sanguíneos, mas foi a posição em que seu corpo agiu em resposta à dor. O registro audiovisual pertence ao momento do expulsivo. Ela está com uma camisola hospitalar aberta, sentada na cadeira de parto, a enfermeira agachada recebendo o bebê e o marido atrás. A posição dos corpos é ilustrativa do paradigma da humanização, em que o/a profissional adapta sua postura corporal à necessidade da parturiente, em contradição aos partos dentro do “modelo tecnocrático”, que em geral a mulher está deitada, em posição litotômica, possibilitando a postura de pé ao profissional. A enfermeira e o marido vestem roupa de hospital e touca, e a enfermeira luvas. É significativo o uso da luva pois voltarei a essa questão na seção seguinte quando vou me referir às doulas. O vídeo não registra o expulsivo completo, senão o começo dele. Ana Carolina atravessa uma contração que acaba com um som grave, curto, seco, e expulsa a cabeça do bebê. Sua face está vermelha, inchada e suas mãos se apoiam nas coxas. Assim que a cabeça do bebê sai, ela fecha os olhos e deixa cair sua cabeça para trás em direção ao marido enquanto a enfermeira com seu punho massageia a parte alta da barriga. Esse é o momento que ela relata ter sentido ardência produto de uma laceração no períneo e lesão no clitóris e na vagina.

O processo do trabalho de parto da Kelle e da Ana Carolina prescindiram do uso de ocitocina e intervenções cirúrgicas (no caso da Ana Carolina teve posteriormente a sutura da laceração), e como já foi relatado, os dois partos tiveram a presença e participação do pai do bebê, que fizeram o “rito” do corte do cordão. O corte de cordão por parte dos pais aparece como o fato que dá conclusão ao parto, tornando-se um ato que “equilibra” a cena de parto ao se tratar de um ato positivo tanto para o espaço institucional, quanto para a maioria das parturientes que estão acompanhadas pelo marido. Segundo Gualda e Antunes de Campos:

O ritual envia mensagens para os que o executam, os que recebem e os que observam. Essas mensagens não são apresentadas na forma de comunicação verbal direta “racional-técnica”, mas simbolicamente. Um símbolo não é apenas um objeto, uma ideia, ou ação carregada de significação cultural. A mensagem do símbolo é sentida na sua totalidade através do corpo e das emoções. Os símbolos dos rituais regulam e afinam um relacionamento simétrico coerente entre a subjetividade e a objetividade da ordem social. Assim sendo, rituais funcionam alinhando o sistema de crenças do indivíduo com o grupo social de quem o conduz (GUALDA et all, 2017, p. 59-60).

Assim, o corte de cordão torna-se um rito de passagem, ligado ao imaginário do casal grávido (SALEM, 1987) e fundante dos laços de parentalidade sob o amparo da instituição.

Mesmo tendo algumas semelhanças, os casos até aqui abordados apontam diferenças que me levam a relembrar uma percepção que eu tinha durante as entrevistas. Durante o trabalho de campo, os relatos apresentavam semelhanças, isto é, ouvi reiteradas vezes algumas situações, como por exemplo a mudança da progressão dos partos no momento da troca de plantão (como o caso da Kelle), o nome de determinado profissional identificado pelas parturientes como médico violento, ou algumas dificuldades materiais como a falta de água quente. Porém, enquanto ouvia os relatos enxergava de maneira geral uma grande diversidade de situações. Isto é, nenhum caso se parece ao outro e cada parto apresenta situações singulares, embora se trate da mesma instituição em que operam os mesmos protocolos. Essa diversidade de experiências sem dúvidas se deve à diversidade de mulheres usuárias do serviço da MBN, questão já mencionada no capítulo dois, mas vejo necessário olhar para algumas dinâmicas internas da instituição que considero que incidem nessa diversidade de experiências das parturientes. Ouvir os relatos por vezes me fazia sentir que falavam sobre ambientes institucionais diferentes, devido ao amplo leque de situações. Para entrar mais um pouco nos movimentos do interior desse poliedro, continuarei com dois casos de partos “com intervenções”, que amplificam o olhar sobre as dinâmicas institucionais.

Ana Paula conta:

**Quando entrei na sala do centro obstétrico tinha uma mulher ganhando, mas aquela mulher gritava, batia nas paredes, e aí me assustei, pensei quando vai chegar minha hora de estar daquele jeito. Aí minhas contrações se estacionaram, voltei a sentir cólicas e fiquei.** Eu ficava na bola, hora e pouco no chuveiro, até na escadinha da maca eu subia e descia, e nada. E nada. Chegaram mais mulheres, eu nunca acreditei nesse negócio da lua, mas quando estava lá pensei **“olha esse negócio existe” porque era bem na lua cheia e comigo foram 15 partos.** Então era muita mulher gritando. Como você pode se concentrar? Tanto que eu fiz duas amigas lá que levei para a vida. Tinha uma com bolsa rota e outra com sangramento, as duas estavam com 3 de dilatação e de tarde eu estava com 6. Um dia dilatei 1 e o outro dia levei todo o dia para dilatar. Aí quando foi em torno das 6 horas da tarde elas (enfermeiras) me perguntaram se aceitava ocitocina. “Ah quer saber, eu vou”. Estava tão cansada, “quero que minha filha nasça”. 6 e pouco me colocaram o soro e eu descansei um pouco. Eu acordei 7 e pouco com a dor. Olha, não reclame o que estava sentindo em casa porque meu Deus. A ocitocina meu deus. **Por isso nos cursos te**



**ensinam “não aceita”, “não precisa”, “diga não”, porque olha, a dor, meu deus. E não é aquela dor que vai e para nos intervalos. Respira vem outra, respira vem outra. Estava muito dolorido.** Fui para 7, fui para 8, e 10 horas da noite minha bolsa estourou sozinha. Graças a Deus porque senão eles iam estourar. E toda hora eles estavam observando os batimentos do neném. Quando estourou fui para o chuveiro para ver se dilatava rápido. Aí a doutora me falou “está indo para 9”, fui para o leito, e aí já quase de 9 a 10. A enfermeira me perguntou se queria ganhar na maca e eu falei que queria o banquinho. Toda a gravidez inteira idealizei o banquinho, banquinho. Aí veio o 10, os puxos, eu fazia força, e ela não saía. E aí a médica olhava os batimentos, falava que estava indo bem. Só que ela não estava vindo. Tinha alguma coisa aí que não estava deixando. Aí os batimentos dela começaram a diminuir, me colocaram oxigênio, me falavam para respirar fundo até que melhorasse os batimentos dela. Aí a médica ou enfermeira chefe pediu para deitar na maca e me diz se você se coloca assim, coloca a mão no joelho, fica mais fácil. Aí nada, os batimentos começaram a cair mais. Me falaram “a gente precisa ir para a sala de parto porque a bebê não está nascendo”. Aí eu me desesperei, eu não sabia o que estava acontecendo. Estava fazendo força ali, a bebê não nascia, ela não vinha.

Eu: lembra a necessidade do seu corpo?

– Olha, nessa hora eu estava nessa adrenalina, aquela vontade de que venha a força.

Eu: E como era essa adrenalina? Seus batimentos estavam altos, sua boca seca?

– Nossa, demais, demais, demais. A boca estava muito seca. Aí a gente foi para a sala de parto, **eu achei que iam me levar a uma cesariana, estava morrendo de medo. Aí tinha um monte de enfermeiras e vinha o médico. Aí vi que alguma coisa estava errada. Porque quando você vai no curso aprende que quando têm médico é porque alguma coisa está acontecendo.** Aí já estava assustada, deitei, colocaram um negócio embaixo de mim, lembro de uma força que fiz e cai. Aí eu falei não estou bem, e me colocaram um soro no braço e na mão. Aí falaram que tinham que usar fórceps porque os batimentos estavam caindo demais, ela [a médica] falava assim “faz força mãezinha, na hora que sentir vontade eu vou te ajudar embaixo”. Quando vinha essa vontade, literalmente era a vontade do corpo de expulsar. Ela segurava e nada. Aí ela pediu autorização para fazer episiotomia. Aplicou anestesia e cortou. Quando venha a contração, você faça a força. Quando eu fiz uma, eles puxaram e saiu. O fórceps machucou, aqui ainda tem a marca, machucou aqui, e aqui [sinala a cabeça da bebê]. Então daí ela nasceu, eles a tiraram, cortaram o cordão rápido e levaram ela. Aí eu entrei em desespero, só chorava, queria ver a minha filha. Veio uma enfermeira, me tocou. Aí eu falei para meu marido “vai atrás, vai atrás da filha, peça informações”. Daí ele voltou, ela estava bem, estava respirando. Me trocaram, me levaram perto para ver a ela, aí fiquei esperando, pelo que fiquei sabendo foi bem complicado. A única escrota foi a médica que veio falar comigo. Eu estava tão fora de mim que lembro que me falou que a bebê teve complicações, que ficaria na incubadora, que eu poderia dormir do lado dela. E aí iam observar a ela durante a noite e se não iam transferir a uma UTI. Aí eu só chorava porque não sabia o que estava acontecendo. Ninguém tinha falado nada para mim. Aí a médica que assistiu o parto depois no corredor veio e me falou que a posição da bebê estava dificultando, tinha a cabeça para trás, então ela diz que nessa posição até as contrações são mais dolorosas. Eu falei meu Deus, por pouco não quebraram a clavícula de minha filha. Aí eu entendi. Depois descobri que essa médica estava grávida de 20 e poucas semanas. Ela estava fazendo força, aí entrei na sala, vi minha filha e escutei ela chorar. E foi um alívio porque eu não tinha escutado chorar. Foram 36 horas de trabalho de parto e a bebê nasceu com 4 de APGAR. (Ana Paula).

Ana Paula foi entrevistada numa manhã, sendo uma das mulheres cuja casa não apresentava sinais de que o dia tivesse começado quando cheguei lá. Janelas fechadas, rua tranquila, bati palmas várias vezes, mandei mensagem pelo WhatsApp, e resolvi voltar para minha casa. Passada uma hora ela me escreveu pedindo desculpas e contando que havia passado uma noite difícil com a bebê. Portanto, combinamos para eu voltar a sua casa e fazer a

entrevista. Ela me recebeu no sofá da primeira sala, dando colo à bebê, e tinha uma expressão de cansaço no rosto. A entrevista fluiu, pois ela tinha muita disposição a falar, mas o choro esteve presente em várias ocasiões como uma ressonância ou eco que remete à experiência. Seguindo o fragmento de cima, ela começa contando que o dia que chegou à MBN em trabalho de parto era um dia de lua cheia, e a MBN havia recebido muitas mulheres. Essa questão esteve presente nos relatos de várias mulheres que pariram na lua cheia, como por exemplo a Jacque, que diz haver se internado em uma noite de “super lua” e que desejaria ter sido mais assistida no processo de indução, mas havia muitos partos acontecendo em simultâneo. Cabe lembrar que a MBN é pequena em comparação com outras instituições hospitalares, e que fica lotada quando aumenta a demanda de usuários do serviço. Assim, observei que a confluência de mulheres na lua cheia pode criar grandes amizades, como também em alguns casos, a mulher pode sentir falta de assistência já que a equipe de enfermeiras e médicos/as tem mais trabalho, ou em outros casos despertar sensações contrárias, como no caso da Ana Paula. Ela relata, por um lado, visualizar as outras mulheres gritando, o que a levava a pensar que numa hora ela estaria assim, e por outro lado, sentir que a convivência com várias mulheres parindo lhe produzia dificuldade para se concentrar. Nesse caso é possível advertir que sua percepção sobre o próprio processo do parto encontra-se em relação com o que está enxergando no ambiente. É interessante ressaltar que a Ana Paula descreve o estado do processo de parto em que se encontram outras duas mulheres que estavam perto dela, e isso deixa entrever como a presença das outras mulheres compõem também o ambiente institucional, e, portanto, participam nesse diálogo de cada parturiente com a ambiência. Quando entrevistei a Manuela, ela mencionou a importância da ambiência no paradigma do parto humanizado, referindo-se por ambiência detalhes das instalações e decoração, sendo importante em seu projeto o corredor que comunica o quintal com o interior da instituição. Por ambiência, ela também me falou da possibilidade de desligar a luz no momento do trabalho de parto para reduzir os estímulos sensoriais, e da presença do acompanhante. Os relatos de algumas mulheres sobre a convivência com outras mulheres dentro do espaço institucional me levam a considerar tal aspecto como um fator importante, na medida em que é constitutivo da ambiência hospitalar, o que pode ser tão óbvio quanto desconsiderado nos projetos e protocolos institucionais. Assim, nesse cenário, o parto é um processo interativo em que a presença e experiências de outras mulheres que compartilham o espaço pode refletir na experiência de cada parturiente. Isto é, estas presenças também compõem o poliedro, complexificando as dinâmicas do seu interior. Poderia se dizer que, nesse cenário, a experiência de um corpo parindo torna-se um ato coletivo, não só pelos *habitus* e

práticas culturais que atravessam tal evento, senão também na medida em que é socializado e constitutivo da experiência de outros corpos.

O fato de compartilhar sala implica a exposição de uma série de expressões corporais como a fala, o choro, o grito, os fluídos, e qualquer outra manifestação do corpo que aconteça frente aos olhos das outras mulheres no espaço em comum. Ainda mais complexo resulta pensar que a diversidade de usuárias desta instituição traz cruzamentos de *habitus*, e que, portanto, as experiências pelas que está passando uma mulher no trabalho de parto, e que estão reverberando em outras mulheres, não necessariamente podem produzir uma identificação nos sentidos das mulheres que estão perto, porém podem incidir na sua percepção e em seu próprio processo.

Voltando ao caso da Ana Paula, a primeira intervenção em seu processo de parto foi a aplicação da ocitocina sintética sob sua escolha, e essa experiência é relatada de maneira semelhante a outras mulheres: com a ocitocina as contrações acontecem mais rápidas, e a dor é maior. Ela contrasta a experiência de dor vivida durante os pródromos na casa, com o momento das contrações após a aplicação da ocitocina. Neste caso, aparece a progressão do trabalho de parto traduzida no avanço da dilatação, sem fazer uso da expressão “fases” como é o caso de outras mulheres. Ela mencionou os elementos que usou no trabalho de parto, indicando sua idealização pelo banquinho de parto. O processo de parto da Ana Paula teve uma virada quando os batimentos cardíacos da bebê começaram a diminuir, o que levou a apressar os tempos do parto, sendo levada a outra sala em que outras intervenções aconteceram sob sua autorização: episiotomia e uso de fórceps. Embora ela tenha autorizado tais intervenções, relata não receber informações sobre o que estava acontecendo, o que a levou a imaginar que estava indo a uma cesárea. No momento em que o processo mudou de direção ela disse ter sentido muita adrenalina no corpo, e num outro momento, logo após o parto, ela disse haver se sentido “fora de si”. A sensação de “estar fora de si” também aparece em vários relatos para se referir a um estado em que o corpo não age como habitualmente o faz, e também para definir o que comumente é conhecido como “estados alterados da consciência”, em que algumas mulheres sentem alucinações, ira, ou a sensação de se observar desde fora.

No relato da Ana Paula, o “eco” da sua experiência é o choro, pois vem da experiência vivida e permeia a fala no relato. Ela disse que chorava pela incerteza sobre o que estava acontecendo, e ter chorado também quando ouviu o choro de sua filha, dando-lhe leveza.

Seu relato não acrescenta informações sobre dinâmicas relativas à equipe de trabalho da instituição, no entanto permite observar que algumas práticas obstétricas que eram consideradas de rotina no modelo tecnocrático (uso de ocitocina, episiotomia, fórceps), convivem com o paradigma da humanização.

Cabe aclarar também que os relatos até aqui trabalhados permitem ver o que o *lócus* do poder (JORDAN, 1978), ou seja, a decisão sobre o processo do parto, acontece de maneira conjunta entre a equipe de médicos/as e as enfermeiras que prestam a assistência, e a parturiente (por exemplo no caso da Ana Paula, o uso da ocitocina aparece como um oferecimento, não como uma imposição). Nos casos que o parto está evoluindo sem dificuldades e a parturiente vive o processo com autonomia, aparece nos relatos a expressão das enfermeiras “estão indo bem, estão fazendo tudo sozinhos (mãe e acompanhante)”, em geral no momento que estão saindo do plantão e informando à equipe que ingressa. Já em situações com complicações, a maioria dos casos indicam que a decisão sobre a evolução do processo fica nas mãos da equipe médica. Uma das doulas indicou em seu relato que, de fato, a assistência por parte da equipe médica acontece maioritariamente nas mulheres com menor “autonomia”, que não tem aquele discurso do “protagonismo” próprio do ideário da humanização, e que provêm de camadas baixas da sociedade, assistência que se traduz em maiores intervenções obstétricas que acontecem sem o consentimento da mulher. Isto deixa ver uma valorização positiva (e tácita), por parte da equipe médica e da enfermagem, para aquelas mulheres que “fazem o trabalho de parto sozinhas”, que em teoria segundo a lógica do modelo da humanização seriam as mais informadas, em detrimento das que não manifestam na atitude corporal a narrativa do “protagonismo” e da “autonomia”. Resulta interessante pensar que existe no meio social um discurso de diferenciação da dor e do sofrimento associado às camadas sociais, que tornaria plausível e justificaria as práticas de intervenções desnecessárias, a tecnologização e o maior controle externo do processo de parto nos corpos das mulheres de classe baixa.

Segundo Otegui Pascual:

La atribución de mayor capacidad de aguante, fuerza y fortaleza de las clases subalternas o de los grupos étnicos periféricos, en la medida en que se considera que tienen mayor cercanía de lo natural y lo no mediado por la cultura, constituye un elemento de diferenciación y un recurso en los procesos de socialización, ampliamente interiorizado por los grupos subalternos, que de esta manera reproduce sin “violencia” unas relaciones de dominación específicas a través de la inscripción en el cuerpo de marcas que permiten la adscripción a una clase (PASCUAL, p. 151, 2009).

Por último, vou trazer o relato da Karllen, que começou um parto domiciliar acompanhado por uma equipe de enfermeiras obstétricas e decidiu ir para a MBN devido a uma dificuldade no decorrer do processo.

4 horas da manhã a gente decidiu ir à Maternidade. Tinha dilatação total às 9h da noite, eu já estava com 10 de dilatação e fiquei até 4h da manhã, sentia os puxos, a

vontade de fazer força e não vinha, não vinha, elas [as enfermeiras que assistiam o parto domiciliar] achavam que era um edema, fizemos compressas, toque, não passava, não conseguiam fazer manobra, não estava girando. **Aí chegamos no hospital e começou uma série de violências, desde a hora que entramos a fazer a avaliação a médica foi muito grossa, a cara fechada, não se apresentou nada, e a gente estava muito na defensiva porque a gente criou um ideário de que o hospital era nosso inimigo, que o sistema hospitalar era nosso inimigo, e o ideal e perfeito era ter em casa, e isso também atrapalhou nossa relação.** A gente escolheu essa Maternidade porque era um cenário de humanização, a gente se sentia mais seguro ir a um local com pessoas nos aguardando. **A gente passou pela triagem, uma série de toques super doloridos, uma recepção muito fria, as contrações estavam vindo, eu sentia muita dor, dóia demais, e elas não foram nada sensíveis com esse momento.**

Aí depois, o que aconteceu, acharam que ia nascer “vamos tentar, vai que nasce”. Fomos para o quarto, o centro obstétrico, veio uma enfermeira obstétrica super humanizada que é a Juliane, nossa, foi um refúgio. Aí a gente foi aconselhada que a gente estava muito errada em tentar mentir que o parto não estava sendo em casa, isso cria um ambiente ruim, porque o médico sabe, e perguntaram, você estava só em casa esperando para vir? **E a gente mentiu e ficou com essa mentira até o final. Negando, negando, negando, e isso causou esse estranhamento com a equipe.** Beleza, ela foi ajudando, tentando, fomos ao chuveiro, bola, minha vagina começou a inchar, estava fazendo muita força, não sei como o Vitor [bebê] estava bem, o Vitor estava quietinho, mas os batimentos estavam bons e a gente ficou lá. **Só tem uma ideia, tinha um edema tão grande que a enfermeira achou que era a cabeça dele. Mas não era possível estar a cabeça no canal e eu não sentir nada. Aí chamaram a médica e falou “não, esse é um edema gigantesco”, a cabeça não estava girando, fomos tentar fazer as manobras. Foi diminuindo a ocitocina no corpo, as contrações vinham sem força, essas manobras eram extremamente dolorosas, eram horríveis, dói muito, muito, muito.** E aí que aconteceu, meu marido sentou na médica e começou a falar monte com ela, “olha você não pode falar assim com a gente, a gente não vai aceitar colírio, não vai querer tal coisa e tudo demais”. Aí ela veio, entrou e falou “você quer ter parto normal então eu vou te ajudar a ter parto normal”, aí ela veio mais educada, viu que a gente estava informada, e veio tentar ajudar, mas falou “olha já passou tanto tempo, essas contrações não estão efetivas, não estão legais, então a gente vai para o centro cirúrgico e lá no CO a gente vai aplicar ocitocina para que as contrações duren mais, para eu fazer a manobra e ver se ele nasce”. Foi aplicada a ocitocina e foi horrível, horrível porque elas aplicaram, tudo de uma vez, eu lembro dela falando “bote 21 e alguma coisa”, e eu sei que esse é um número alto, depois falando com as enfermeiras. Se começa aplicando pouquinho e vai indo um pouco de cada vez, **elas aplicaram tudo junto e a sensação era que eu estava fora de meu corpo, as contrações vinham uma atrás da outra e eu gritava, gritava, gritava. Tinha muito isso, meu prontuário dizia que eu era louca, que eu estava descontrolada. Ela tentou fazer o giro, não conseguiu, e aí chamou a outra médica obstétrica, ela estava com as unhas compridas vermelhas, eu não me esqueço disso, lembro dela colocando a luva, e pensei “ela vai entrar aqui, ela vai fazer essa manobra com essas unhas, tá brincando”. Eu só pensei nisso, não falei. E aí eu perguntei quem é essa, porque ela não se apresentou, não falou nada, aí a outra ginecologista obstetra falou “desculpa, ela é a Rosani, ela vai ajudar porque eu não estou conseguindo”.** Ela tentou e não conseguiu, e o Vitor até nasceu com a cabeça bem machucadinha. E aí eles decidiram pela cesárea. Aí eu pensei que tudo ia acabar, mas estava recém começando. **Porque aí apareceu a anestesista que era o combo do maltrato, violência, grosseria, a anestesista é a Amanda, ela veio para aplicar a anestesia e como as contrações estavam tão fortes eu não conseguia me sentar, não conseguia me acalmar, sentia dor o tempo inteiro, parecia possuída, gritando, uma louca. E ela brigando comigo, “se você não colaborar, eu posso errar, e aí você nunca mais vai andar em sua vida”.** Ameaças, me segurando forte, e eu tentando o máximo explicar que não conseguia. “Você precisa colaborar mãezinha”. Conseguiu aplicar anestesia e começou a cirurgia e meu marido não estava na sala, e aí eu comecei a perguntar, cadê meu marido, cadê meu marido, Guilherme eu gritava, muita raiva, muita raiva. **Elas escreveram no prontuário que**

**eu estava descontrolada, que eu não cooperava com a equipe.** Aí eu comecei a gritar que era direito meu, que ele tinha que estar comigo e ninguém me explicava nada. “Só se aquieta mãezinha senão a gente não vai conseguir, você precisa se acalmar”. E eu gritava “quero meu marido, quero meu marido!” Aí depois de um tempo que pareceu uma eternidade, chegou uma enfermeira e disse “você sabe mãe que quando ele soube que é uma cesárea”, aí no meio a Amanda gritou “sabe que, ele não quer ficar aqui! ele não quer! ele não vai vir!”

“Como assim?” “sim, fica quieta”. Aí comecei a chorar, então a enfermeira me falou “olha mãe, ele ficou com medo, ele está falando com a mãe dele para ela vir te acompanhar”. Porque minha sogra estava lá, aí eu falei “não, explica para ele, que ele não vai ver nada, vai ficar aqui do meu lado, fala para ele que eu preciso dele aqui”, aí ela explicou para ele e ele entrou. Ele sentou do meu lado e a gente começou a chorar muito, muito. E começamos a falar para o Vitor que ele estava bem, que estava maduro, que a gente tinha feito o melhor. **A gente tinha pedido a placenta para a ginecologista obstetra e ela nos tratou de loucos, que a gente era índio, que era absurdo levar um órgão do hospital.** Aí ele nasceu e elas falaram super frias, “nasceu”. “Meu Deus, cadê o bebê”, “agora ele vai para os procedimentos”, e eu falei “não, é um direito nosso, a gente precisa ver ao bebê”, aí veio a enfermeira, trouxe o bebê, colocou no meu rostinho, ele era enorme, uns olhos enormes, chorava, eu pedi “solta meus braços, deixa tocar nele um pouco”. “Você não pode, você pode ter um reflexo e bater os braços” me falaram. **Estava amarrada e super forte. “Porque você precisa me amarrar, eu não vou fugir”.** Aí veio a enfermeira e soltou um pouquinho, aí consegui tirar a mão e passei a mão nele. Aí a enfermeira falou “desculpa, desculpa, mas, não posso deixá-lo mais”. O Gui falou “o que eu faço?” “Vai, vai, fica com nosso filho, não abandone nosso filho”. Ele diz que eu gritava “NÃOOOO ABANDOOOONE NOSSO FILHO”. **Beleza, aí a anestesista viu meu braço e ficou muito brava, falou que eu estava transtornada, que eu era muito teimosa, apertou com muita força meus braços de novo. Silêncio. Começou a me costurar e a preparar um soro. Aí eu perguntei “eu estou bem, isso é rotina?” Aí ela falou “você tem que parar de ser assim, você incomoda demais, você não deixa fazer nosso trabalho, você está vendo que a gente precisa de silêncio”. “É um direito meu saber se eu estou bem”.** Eu estava nesse estado totalmente de defensiva dentro da cirurgia. Aí me falou “me deixa trabalhar, assim sua barriga não fica babando pus”. Desse jeito. Vieram as enfermeiras, as pernas mortas, a sensação péssima de que está morta, aí veio o Guilherme, trouxe o Vitor, e falou “ai amor ele é lindo, parece com você”, ele estava muito apaixonado, e falou “sua mãe vai entrar, eu preciso sair”. Não tinham aspirado, não tinham passado colírio, pelo menos isso a gente tinha conseguido. E aí minha mãe estava lá e chegou uma enfermeira e falou “a gente esqueceu de limpar uma parte de seu bebê, só 5 minutinhos”. Tá bom, eu estava tão cansada, pegaram o bebê, voltaram muito rápido, e depois no prontuário descobri que tinham aspirado ele, o objetivo não sei, ele estava super bem antes, respirando tranquilo.

**Aí fui para o quarto, as mães estavam todas bem, eu sentia muita dor nas costelas porque a anestesista que era bem grande subiu em mim, eu senti a manobra de kristeller.** Eu falei “você está me machucando”, e ela me falou “é preciso mãe, é uma força que você não conseguiu fazer para seu bebê nascer”. **É engraçado que eu pulei essa parte, é a primeira vez que eu esqueço essa parte, foi a parte que mais me marcou.** Aí no quarto veio todo mundo me examinar, todo mundo me perguntando se eu estava tentando em casa, com um sermão junto, que a gente não pode mentir assim. **Aí veio aquele misto de culpa, dor, mal-estar, ver as outras mães bem, e eu não conseguia levantar, sentar, dar colo para ele.** Ele mamou super rápido, no corredor ele já pegou e mamou, tanto que eu sentia sugar minha alma. A primeira mamada foi sem supervisão de ninguém, só eu e minha mãe, a sugada era muito forte. Essa primeira mamada foi tão intensa que eu achei que era leite, mas hoje sei que é quase impossível, acho que aconteceu em casa até que o leite desceu. Ele mamava muito mesmo, mamava bem, não tinha problema com pega, fissura, peso, porque **vi muitas mães aí penando, sofrendo, muitas que choravam.** Eu sentia um incômodo óbvio, não era confortável, mas nada, ele tinha a pega certinha e tudo perfeito. Aí a gente teve a alta e eu passei um mês em minha recuperação, foi um negócio bem terrível, não conseguia ir ao banheiro, me levantar.

Eu: Lembra a sensação do corpo durante o trabalho de parto? O que tinha vontade de fazer?

– Quando estava em casa eu tinha muito foco, vocalizava, me mexia, me movimentava, dancei, agora quando cheguei no hospital parece que desorganizou tudo, até porque eu já estava há muito tempo fazendo uma força em vão, então eu não sabia mais o que fazer com meu corpo. Não sabia mais ouvir o que meu corpo estava pedindo. “Agora que eu faço com essa contração, com essa vontade, porque ele não vai nascer”. Eu coloquei isso na cabeça e não sabia o que fazer. **Meu grito na Maternidade era verbalizando vontades, não vocalizando, tinha muito medo, estava na defensiva.** Quando fui ao quarto a posição mais confortável foi na bola de bruços e rebolando, foi a posição que mais fiquei, 4 apoios, muito tempo ali, mas consigo te dizer que eu não estava canalizando minha energia, nem focando.

Eu: como sentia o corpo quando lhe colocavam a anestesia?

– A boca estava muito seca, muito seca, eu pedia água e a enfermeira me falava “a gente não pode, não pode”, e tinha uma placa na porta do quarto que dizia “a gestante pode se alimentar e beber no trabalho de parto”. **Aí a enfermeira me falou “não posso, não posso, se a médica descobrir que eu te dei água vai causar problema”. Aí eu entendi, ela ficou com tanta pena de mim, que trouxe um copinho plástico com água do chuveiro, e falou “não posso fazer mais que isso porque vai dar ruim para mim”. Aí eu sentia muita sede e na hora que a médica veio fazer a manobra era um sentimento muito grande de violação de meu corpo, de que meu corpo não era mais meu, a sensação era muito ruim, ter uma pessoa com uma mão dentro de você e num contato muito agressivo e violento. Era muito mecânico, eu fazia a força que ela me pedia fazer, puxo conduzido.** (Karllen).

A experiência da Karllen é delicada e traz novos agentes e dinâmicas. No encontro com ela em sua casa estava sua filha menor, nascida em casa, ao lado do Vitor, que nasceu na MBN. A Karllen me contou sobre o trabalho de parto na casa, e no trecho que trouxe aqui, começa me contando sobre a recepção da MBN e sua passagem pela triagem. Sua vivência coincide com a vivência de outras mulheres que manifestaram um contato pouco delicado por parte do/a médico/a da triagem. A propósito disso, uma enfermeira me contou que um dos médicos da equipe mais antiga da instituição foi removido da triagem pelos relatos das mulheres que indicavam um trato agressivo de sua parte. E uma das mulheres entrevistadas que pariu na MBN, de profissão médica, contou que o médico que a assistiu havia sido professor dela na universidade e que é reconhecido tanto no âmbito acadêmico quanto em outra maternidade pública da cidade por seu trato agressivo, porém ela diz que na MBN ele tem outro perfil, se adaptando à proposta de humanização. Isto permite ver que há tanto uma circulação dos lugares ocupados pelos profissionais da instituição, quanto uma adaptação por parte de alguns deles ao paradigma institucional.

Assim, os maus tratos na triagem são uma situação vivida por várias mulheres, no entanto, é curiosa a ideia que a Karllen tinha sobre a instituição, pois junto a seu marido consideraram a instituição como um plano B do parto domiciliar, segundo ela por se tratar de um cenário de humanização, mas ao mesmo tempo enxergaram o hospital como espaço antagônico do espaço domiciliar, constituindo-o um inimigo, e ao chegar à instituição não

contaram a situação real: se tratava de um parto domiciliar com remoção. Portanto, desde sua chegada ao hospital, o vínculo entre ela e a instituição é dado pela confrontação com a maioria dos agentes institucionais, logo após a passagem pela triagem e até o final da cesárea. O primeiro episódio é o reconhecimento de um edema, que a enfermeira confunde com a cabeça do bebê, enquanto a percepção da Karllen diz que se fosse o bebê descendo ela teria que senti-lo. A continuação ela diz: “as contrações não *vinham*”, usando essa expressão muito comum para a maioria das mulheres, que segundo Martin (2006), diz respeito à ideia dominante de que o parto é um estado pelo qual a mulher passa, produzindo um isolamento entre a pessoa e as sensações físicas, de maneira contrária à noção do parto como um evento ou ato criativo (em consonância com o ato sexual reprodutivo) “feito” pela mulher em sua relação com o ambiente. Assim, “a mulher comum não parece estar ciente da fragmentação subliminar implícita na maneira como fala” (2006, p. 150) diz Martin. A “chegada” da contração, como algo que vem de fora, semelhante à “chegada” da menstruação, forma parte da linguagem inconsciente da maioria das mulheres, em paralelo ao discurso do empoderamento, da autonomia e do protagonismo.

A médica que acompanhava a Karllen identificou a existência do edema e, logo depois de uma intervenção do marido em que manifestou a vontade deles de ter um parto natural, a Karllen é levada a indução. Ela considera que a indução foi agressiva pois não aconteceu de maneira gradativa e a médica realizou uma manobra de Kristeller, prática evitada no paradigma do parto humanizado. O esquecimento da manobra no momento do relato pode ser considerado um “eco” somático, pois ela diz ser a parte mais marcante da experiência.

Devido às dificuldades para o bebê nascer, a médica decidiu chamar a outra médica para que a ajudasse e a Karllen reparou nas unhas da médica que estava fazendo o toque. As médicas decidem ir para cesárea e ali aparece um novo agente: a figura da anestesista. Desde o primeiro momento a relação com a anestesista foi de confrontação, e a Karllen reconhece estar “na defensiva”, sentindo-se ameaçada pela anestesista. A situação se agrava quando o marido decide não estar junto no momento da cirurgia, e ela começa a chamá-lo, conseguindo que uma enfermeira se comunique com ele. É interessante que em duas ocasiões ela se refere ao prontuário, tratando-se de um registro da experiência do processo de parto segundo as variáveis institucionais e sob o olhar do membro da equipe que o elabora. Várias mulheres identificaram nos prontuários detalhes vinculados às práticas obstétricas e pediátricas, não percebidas na hora do parto. Na maioria dos casos, como no caso da Karllen, tem a ver como práticas feitas ao recém-nascido como a aspiração das vias aéreas e uso de colírio nos olhos (intervenções que segundo o modelo da humanização não são necessárias em todos os casos, motivo pelo qual



muitas famílias buscam prescindir delas). Outra situação curiosa do seu caso é a rejeição por parte da médica à ideia de entregar a placenta à família, prática que significa uma problemática para algumas famílias que têm construídos sentidos em relação à placenta, como por exemplo fazem uso dela para gerar medicina placentária, ou fazem uma oferenda enterrando a placenta. É interessante advertir que a instituição oferece e legitima a prática de “carimbo da placenta”, mas alguns agentes institucionais não validam as vontades e sentidos das usuárias em relação a ela. Três famílias entrevistadas tinham levado a placenta para casa.

Contudo, o caso da Karllen deixa ver como seu vínculo com a instituição esteve mediado por sua percepção e noções prévias em relação ao espaço institucional, o que a levou a se colocar na defensiva, reagindo com resistência a detalhes das práticas médicas, por exemplo ao solicitar que os médicos se apresentassem, ou alegar seus direitos em meio da cirurgia. A interação dela com a instituição está marcada por situações que ela identifica como violências, que parecem se acrescentar em paralelo a suas resistências ao tipo de assistência que estava recebendo. Este caso me permite colocar em questão a noção de “intenção” de Merleau-Ponty entendida como uma intencionalidade operativa ou disposição do corpo para o mundo, no momento em que a experiência corporal da parturiente (defensiva) responde a um posicionamento previamente assumido: o hospital é nosso inimigo.

No entanto, tomando os casos aqui presentes, o campo de agências dentro do poliedro parece mostrar que pequenas práticas de cada um vão abrindo espaço a rachaduras que dão lugar a interstícios criativos, dentro de contextos e situações maiores regidas por protocolos, normativas, e planos de partos. A enfermeira que passa o copo de água entrando à cirurgia e que logo libera levemente os braços da Karllen para que possa tocar o bebê, a Karllen que desde o centro cirúrgico envia uma mensagem para o marido para que a acompanhe, a enfermeira das bolachas, o médico agressivo que se adapta ao perfil “humanizado” da instituição, etc. Assim, cada cena de parto parece ser um ato criativo em que o processo interior da parturiente, dado pela integração funcional de todas suas dimensões, e a constelação de atores presentes cujas práticas constituem a ambiência institucional, dão lugar a um diálogo complexo, contínuo e permeável, em que o corpo age organizado pelos *habitus* e na experiência interativa torna-se conjuntura.

### 3.3 “Hoje tem doula!” e as enfermeiras “anjo”

O título desta seção traz duas expressões recorrentes nos relatos das mulheres, que estão vinculadas a momentos de alegria, leveza, alívio no processo do parto. A primeira é o anúncio da presença da doula (que poderia definir como acompanhante emocional) por parte de uma enfermeira ou de uma mulher parturiente a outra, sendo importante ler essa frase com o ponto de exclamação, pois é assim que é anunciado na boca das mulheres. A segunda tem a ver com a adjetivação de “anjo” à enfermeira, pelo fato de ter auxiliado ou acompanhando, mesmo com uma sutileza, um momento desafiador no processo do parto. Escolhi trazer essas duas expressões porque sinto que isoladas do contexto já dizem muito, tornando-se assim uma pista para recriar o mapa da atuação das doulas e enfermeiras e o vínculo com as parturientes. Em primeiro lugar, essas expressões me contam algo fundamental para entender os lugares dos diversos agentes, as funções e as relações dentro do poliedro que veio trabalhando: me dizem da proximidade entre doulas, enfermeiras e parturientes. Já mencionei em um dos casos da seção anterior sobre a proximidade física das enfermeiras com as parturientes, porém desejo assinalar que a exclamação da primeira frase e as aspas que envolvem anjo na segunda (em ambos os casos por mim colocados), são pontuações que no relato oral se enfatizam com gestualidades como sorriso, choro e um grito de alegria para dizer “Hoje tem doula!”. Com isto quero dizer que são frases que me contam da proximidade tanto física como também afetiva/emocional entre doulas-enfermeiras e parturientes.

Assim, este segmento da escrita é tecido a partir do relato das mulheres parturientes e seus acompanhantes, como também da entrevista feita à Manuela, a uma enfermeira, uma ex residente, três doulas, e do contato com a residente que foi guia na minha visita à instituição.

Como já foi descrito no capítulo um, o processo histórico em que se desenvolveu o novo paradigma institucional em prol da humanização dos nascimentos trouxe como pilares fundamentais a inserção, atuação e autonomia das enfermeiras obstétricas. Continuarei aqui reconstruindo brevemente o processo da incorporação das doulas no âmbito institucional, para logo adentrar nas dinâmicas de parto e puerpério imediato em que a atuação delas tem relevância.

Antes de conhecer a Manuela e conhecer a outras empregadas da instituição, meu primeiro contato foi com a Cecília, ex-doula da Maternidade, vizinha do Bairro Novo e mãe de um filho e uma filha. Cheguei a ela consultando por doulas do Bairro Novo em um grupo de WhatsApp sobre parto humanizado. Nossa conversa foi longa, quase três horas de fala em um café de manhã demorado. A primeira questão que eu trouxe para ela foi minha vontade de saber

como se deu a inserção das doulas na MBN, e ela me respondeu: “então você deu com a pessoa certa! Vou te contar”.

Ela começou seu relato falando sobre sua participação como conselheira de saúde pelo Bairro Novo, na Unidade de Saúde Salvador Allende, no contexto da gestão do anterior prefeito que ela define mais aberto à escuta e sugestões dos vizinhos em comparação ao governo atual. Disse que o Secretário de Saúde convocou os conselheiros para criar planos de trabalho, e como o foco dela era a atenção da mulher e da criança, lhe sugeriram ir visitar a MBN com mulheres do bairro. Na visita à instituição, ela disse ter falado em público (frente ao pessoal da instituição) sobre práticas obstétricas desnecessárias como a lavagem intestinal e a episiotomia, seguindo as recomendações da OMS. Na seguinte reunião do conselho disse ter sido humilhada por sua atuação na visita à MBN, e isso a levou a buscar apoio por parte de outros conselheiros, convocando mais de 30 conselheiros de usuários do SUS a participar da seguinte reunião, em que estaria presente a diretora da MBN. Nessa ocasião ela levou a ideia de criar um projeto de doulas comunitárias, semelhante ao projeto da Maternidade Sofia Feldman, referência em parto humanizado no país. Ela conta que a partir desse momento, mudaram as dinâmicas das reuniões, pois começaram a dar mais atenção aos relatos das mulheres conselheiras (considerando que a maioria dos conselheiros são homens), e que ela colocou em cena como mantra “temos que ter doulas no Bairro Novo”. Assim, logo depois de visibilizar-se tal demanda no âmbito do conselho, nesse mesmo ano (2013) teve lugar a primeira Formação de Doulas Comunitárias nas instalações da MBN, sendo um curso de 80h totais, 10 segundas feiras com uma duração de 8h por dia. A formação foi conduzida pela Manuela, por enfermeiras obstétricas e por uma doula reconhecida na cidade. Dessa formação saíram 14 doulas, e ficaram 4 trabalhando de maneira voluntária. Manuela manifestou seu descontento com essa situação, pois sentiu que as doulas que participaram da formação foram para obter o diploma e trabalhar de maneira particular, ficando apenas essas 4 para doular na instituição, o que a levou a fazer um recrutamento de doulas mediante entrevistas. Logo aconteceu uma segunda formação, os dias sábados e domingos.

Cecília conta ter ficado “doulando” na instituição, sentindo bastante liberdade, porém relata que a maior dificuldade foi com a equipe médica, que não estava acostumada a trabalhar com doulas. Ela ficou grávida no ano 2015 quando decidiu sair, incorporando outras doulas como substitutas, e quando sua filha fez 2 anos tentou voltar à instituição, mas os cargos haviam mudado e Manuela já não estava lá. Houve então uma nova chefe de enfermagem (tanto a Cecília quanto a Manuela disseram que ela não era da área da obstetrícia), que negou seu ingresso dizendo não ter certificado. Ela relata ter se sentido muito mal, pois foi ela quem lutou

para que existisse a formação de doulas, sendo da primeira turma de formação de doulas voluntárias, e a própria instituição não aceitou o certificado que obteve ali. Ali ela decidiu pagar um novo curso particular, recebendo um novo certificado, e lhe negaram oferecer seu serviço os dias sábados que era o dia que ela conseguia. Voltou então, “doulando” às quartas feiras, e logo após a chefe de enfermagem decidiu sair da instituição.

Poderia se dizer então que o projeto de incorporação de doulas à instituição partiu de uma demanda surgida num outro espaço de debate e discussão pública sobre saúde.

O projeto de doulas voluntárias na instituição estipulou uma atuação de 4h semanais para cumprir o estabelecido como vínculo não empregatício. Isso levou à organização de um cronograma em que se procura que cada doula faça seu serviço um dia da semana, respeitando esse horário fixo. Tanto Cecília como outras doulas entrevistadas manifestaram a dificuldade de acompanhar os processos de parto em 4h, pois em geral cada parto precisa de no mínimo 12 h de acompanhamento. Ao entrar na instituição a doula assina um Termo de Voluntariado que ainda que defina a carga horária de seu trabalho, não estabelece o que a doula pode ou não pode fazer, o que algumas vezes fica confuso para elas. A propósito, a Cecília me conta o caso de uma doula que administrou um floral (que poderia se entender como uma prática integrativa complementar) a uma parturiente e foi despedida. Resulta curioso que na entrevista a uma enfermeira ela me conta que a salinha de práticas integrativas, depois de ficar sem um especialista encarregado, ficou à disposição do uso das doulas no acompanhamento às parturientes. Assim, a estrutura física está aberta às doulas, mas existe um vazio regulamentar em relação ao serviço e práticas das doulas dentro de tal espaço.

Entre uma das coisas que a doula não pode fazer, segundo o relato da Cecília, é ser interlocutora entre médicos e parturientes, mas ela reconhece uma diferença em seu contato com os médicos mais jovens (que define mais abertos à fala) em comparação aos mais velhos.

É interessante notar os sentidos traçados em relação à figura da doula por parte dos outros agentes institucionais, das parturientes, e por elas mesmas. Segundo Cecília, para os médicos foi difícil aceitar a presença da doula pois existia neles o imaginário da doula-sujeira, como quem pode contaminar o espaço do parto pelo fato de ela ser o único agente ainda não reconhecido dentro do âmbito da saúde e que não usa luva.

Ela conta que uma amiga sua pegou uma infecção hospitalar na MBN, em uma cesárea, e que, portanto, a contaminação nem sempre vem dos agentes envolvidos no parto, senão da qualidade dos recursos ou materiais de trabalho, como por exemplo os fios de costura, e cuidados cirúrgicos. Após isso ela resgata que a equipe médica mudou bastante, quebrando-se esse imaginário de doula-sujeira.

Cecília traz também um relato de parto de uma enfermeira obstétrica que ela acompanhou. A mulher havia se internado na semana 41 da gestação com 4 de dilatação e sem dor. No decorrer do trabalho de parto começou a pedir aos médicos que induziram e logo que eles dobraram a dose de ocitocina sintética. Disse que ela gritava, pedia ajuda, e pedia para ir a cesariana dizendo que ia morrer. Os médicos aumentaram mais um pouco a ocitocina. A Cecília diz “aí você percebe que já começa a chuva de intervenções, peguei ela, levei ao chuveiro. A intenção é fazer uma barreira, enfermeira de um lado e doula do outro, convidando ao pai para levar ela à calma”. Ela conta que com a companhia da doula e da enfermeira rapidamente o bebê nasceu, e que nesse tipo de casos não é momento nem lugar para discutir com os médicos “têm que ter a fluidez, tirar aquele médico, fazer uma parceria com a enfermeira, e pensar uma estratégia”.

Isto abre a fenda para ver como se dão as dinâmicas e relações dos agentes dentro desse poliedro, e expõe como a doula, sem ter possibilidade de ser interlocutora, usa outras ferramentas que poderia chamar de “silenciosas” para acompanhar a mulher no processo de parto. Nessa questão, a Cecília considera que há mulheres que têm maior autonomia e não precisam do apoio da doula, como também são mais firmes frente às intervenções médicas. Ela disse que uma vez chegou um casal que as enfermeiras chamaram como aqueles casais “maconheiros”, que fizeram “tudo sozinhos”, e o parto fluíu bem. Ela disse “tem muito médico ainda que oferece uma ajudinha, e o que faz é rebater o colo do útero, aí você vê que nenhum médico foi tentar rebater o colo nessa mulher que tinha autonomia, não todas cedem Amém Jesus”.

Cecília tinha muita coisa para contar e então meu formato de entrevista ficou desconfigurado, pois me entreguei à escuta, mas no finalzinho da conversa perguntei para ela quais são suas ferramentas para dar apoio às mulheres. Ela me contou de cartões de parto que contém afirmações para que a mulher leia no trabalho de parto, aromaterapia, massagem, “rebozo mexicano”<sup>24</sup> e fitoterapia. Perguntei também para ela se as formações de doulas continuaram acontecendo e se existem rodas de gestantes nas unidades de saúde de Bairro Novo, e aí ela me disse que não há mais orçamento destinado à formação e que em algum momento existiram rodas nas unidades.

Assim que concluiu nosso encontro, quando estávamos nos despedindo em frente de sua casa, apareceu a Rosângela, uma mulher negra de aproximadamente 60 anos, e Cecília me disse

---

<sup>24</sup> O Rebozo é uma técnica de parteiras mexicanas usando um xale para mover o corpo da gestante e do bebê, facilitando o processo de nascimento, também conhecido como “manteo” ou “manteada” na Bolívia.

“olha eu convenci para ela fazer a formação e ela também foi doula voluntária”. Aí eu conheci a Rosângela e marcamos uma conversa para o dia seguinte.

Ter contato com a Rosângela foi muito bom para observar a diversidade etária, social e cultural no âmbito das doulas, que se traduz na abrangência de maneiras de oferecer apoio emocional à mulher no parto, pois parte da trajetória de vida que a doula tem, de seus aprendizados, suas ferramentas, das experiências e estudos, e de seus próprios sentidos.

Ela começou me falando sobre como as mudanças nos cargos (que se corresponderam com a mudança do prefeito) têm repercutido na instituição, sentindo uma maior pressão para limitar o trabalho das doulas voluntárias. Ela diz:

nós estamos para empoderar essas mulheres para que elas possam se libertar. Elas têm direito. A gente ajuda no banheiro, faz uma massagem, dança junto. Tem muitas mulheres desacompanhadas e damos o carinho que talvez a enfermagem não tem. Nossa presença é para não deixar que aconteçam violências. Nossa presença tira um pouco a liberdade do médico de fazer brutalidade porque a gente está lá. (Rosângela).

Logo ela me conta sobre as mortes que aconteceram antigamente na instituição, que ela sabia pelo fato de ser vizinha do bairro e pela experiência de viver a morte de uma querida amiga.

Aí eu perguntei como foi seu começo lá, e ela disse ser da primeira turma da formação, e que seu primeiro acompanhamento foi uma cesárea em que entrou na sala de cirurgia. Logo ela me disse o importante que é para a mulher estar acompanhada, pois por tratar-se de um bairro pobre a maioria das mulheres têm dois ou três filhos e vão desacompanhadas. Então disse que para a mulher parturiente, ver uma cara conhecida do bairro (vizinha) faz diferença. E aí me conta que assim é o projeto de doulas da Sofia Feldman, são as vizinhas que atuam de doulas.

Eu perguntei se ela teve a possibilidade de acompanhar a uma mulher negra, e me disse que não teve essa sorte, mas que ela sabe que chegam muitas mulheres haitianas que recebem um trato muito ruim por parte dos médicos. Aí eu trouxe a mesma pergunta que fiz para a Cecília, sobre quais são suas ferramentas/recursos para acompanhar as mulheres e a Rosângela falou “o particular de mim é a Nossa Senhora, ela é o sustento, a companheira, é minha arma maior que vá lá na frente”. A resposta da Rosângela levou a associá-la com as parteiras e doulas chamadas de “tradicionais”, cujo trabalho acontece intimamente ligado à espiritualidade.

Logo perguntei se conhecia algum programa orientado a gestantes nas instituições públicas do bairro, e me disse que a unidade de saúde Salvador Allende teve um programa

chamado “A gravidez na adolescência”, pois a maioria das usuárias da MBN, segundo ela, tem entre 15 e 22 anos.

Em 2017 a Rosângela deixou a instituição e continuou trabalhando de maneira voluntária na pastoral da criança do bairro e na associação APAI (Associação de Pais e Amigos).

Por último, vou me referir a mais uma doula informante, a Patrícia, psicóloga e mãe de dois filhos. Cheguei a ela consultando a Cecília por outras doulas, e me recebeu em sua casa. Senti muita amorosidade na forma em que ela se dispôs à conversa, nas expressões de seu rosto e em seu tom de voz. Patrícia se formou como doula em 2015, depois de seu segundo parto e de acompanhar a uma amiga grávida com informações e apoio emocional durante a gestação. Ela fez sua formação em Blumenau, em uma imersão com um obstetra de renome dentro do âmbito da humanização, e assim que voltou a Curitiba se ofereceu como doula voluntária na MBN. Teve uma entrevista com a Manuela que virou em uma conversa de 4 horas, e nessa semana começou a trabalhar. É curioso que ela me disse algo muito semelhante à Luciana (fotógrafa): “fui e fiquei um dia inteiro, foi a experiência mais dolorosa e fantástica que pude viver. Fui muito bem acolhida, senti muito amor”. O primeiro ano ia todas as sextas-feiras e depois começou a voluntariar também na Maternidade Victor Ferreira de Amaral. Já no segundo ano relata ter feito jornadas de 8 horas a cada 15 dias e disse “nos plantões que peguei tive sorte com os médicos”. Conta de uma enfermeira que ela nomeia como “a enfermeira de base que tive”, dizendo que é a enfermeira que tem a autonomia que outras enfermeiras não conseguiram ter. “Ela banca, briga, luta. Os médicos intervêm só quando ela não consegue dar conta”. Em relação aos médicos, ela disse que a cultura da cesariana é tão forte por uma questão de poder e de ego: “o médico diz: eu estudei tanto para não fazer nada?”, e nesse momento ela coloca a diferença entre esse tipo de médicos e Paciornik (me referi a ele nos capítulos anteriores), ou o obstetra que a formou. Em sintonia com a ideia de “trabalho silencioso” que falei no começo desta seção, ela disse:

A doula ao mesmo tempo que tem um trabalho maravilhoso, tenta ser invisível. Com eles [médicos] eu não tenho nada que fazer, mas com essa mulher [parturiente] eu tenho o que fazer. Não me interessa a dilatação, não sei, mas me interessa o que esse corpo precisa. Olhar, quem é você, que traz, qual é a sua história. Ali a expressão corporal é a chave para tudo. Pode fazer o que você sentir vontade. Quando uma mulher se abre e eu posso perceber os medos e trabalha-os está abrindo o caminho do parto. Eu tento colocar à disposição meu olhar terapêutico, acompanho com aromaterapia, Reiki, visualização. (Patrícia).

Esta fala da Patrícia me parece importante pois coloca em relevo a disposição dela como doula para enxergar os sentidos das mulheres parturientes. Segundo Villela Mamede: “valorizar a cultura da mulher e de sua família ao vivenciar o processo de nascimento passa a ser um valor que, agregado às práticas baseadas em evidências, torna-se o maior indicador de boa assistência ao parto/nascimento” (GUALDA et al, 2017, p. 23). Assim, torna-se fundamental advertir sobre os sentidos de “cuidado” e “acompanhamento” que permeiam tais relações entre doulas-enfermeiras-parturientes. Gualda e Napoleão Lima rastrearam a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, reconhecendo que a noção de “cuidado” é culturalmente construída e, em decorrência disto, o cuidado não é um ato isolado, mas um fenômeno de conotação muito mais ampla que leva às enfermeiras necessariamente a explorar e conhecer o significado do cuidado nos clientes e sua relação com a saúde. “As enfermeiras fazem uma ponte entre o sistema popular e o sistema profissional por meio de três tipos de ações e decisões: preservação, manutenção e repadronização do cuidado cultural. A cegueira cultural acontece quando o profissional não é consciente de seus próprios valores e acha difícil ver e compreender os valores dos outros grupos” (GUALDA et al, 2017, p. 141). Poderia dizer que é justamente o que a Patrícia traz em sua fala ao se perguntar pela história, pelas necessidades do corpo e pelos medos das parturientes, se constituindo nessa *ponte* entre os sentidos próprios, os sentidos institucionais e os da mulher que está parindo. Já no caso das enfermeiras, a ideia de cuidado está presente nos relatos das mulheres associada à ajuda recebida das enfermeiras, especialmente no puerpério imediato. É nesse contexto que aparece a caracterização de “anjo”, como mulher que acende uma luz ou passa uma mensagem informativa e de alento num momento de extrema dificuldade.

Pamela contou de como foi importante para ela a palestra de amamentação conduzida por uma enfermeira após a cesárea durante os três dias de internação. Alliene disse que no momento do expulsivo a enfermeira “anjo” lhe sussurrava “você vai conseguir”. Anne Caroline relata: “mulher sabe amamentar de natureza, não! As enfermeiras me ajudaram”. Poliane disse: “Tive a ajuda das enfermeiras para a pega, a filha maior não tinha mamado. Se eu pudesse agradecer tudo o que elas fizeram. No parto me faziam massagem, me falavam tudo vai dar certo”. Haydee caracteriza as enfermeiras como “super amables” e disse “pusieron música de Venezuela”. Ana Carolina se refere “a equipe de enfermeiras foi extremamente respeitosa”, porém ela relata uma situação difícil no pós-parto com a glicemia do bebê em que as enfermeiras realizaram a análise seguindo os protocolos institucionais, o que para ela não era necessário e, portanto, disse “aí vi que elas não têm autonomia para decidir”. A frase da Ana Carolina coloca em cena mais uma vez a questão da “autonomia” das enfermeiras, aspecto



presente desde o capítulo um na conversa com a Manuela. Na entrevista a uma enfermeira, ela se referiu também à autonomia, como um ganho pela mudança do modelo obstétrico, indicando também, em semelhança à Cecília, o bom trato no vínculo com a equipe de médicos mais jovens. Ela disse ter sentido bastante autonomia no trabalho, derivando o parto aos médicos em situações especiais, por exemplo o “parto meconial”<sup>25</sup>. Em relação a isso, a médica entrevistada disse que no começo do novo modelo ela sentiu uma briga pelo território com as enfermeiras, porém com o tempo começou a sentir confiança nelas e a certeza de que elas iam avisar se acontecesse uma dificuldade no processo do parto: “Não existe mais essa rivalidade, trabalhar juntas ficou mais fácil”.

Por último, para concluir vou me referir à apreciação em relação às doulas, por parte da Manuela, considerando que tal apreciação foi também constitutiva dos vínculos e laços entre os agentes que conformam o poliedro. Segundo ela, não mudou a qualidade do atendimento da instituição a partir da presença das doulas, pois nunca tiveram doulas 24h. Ela disse “a mudança do modelo não se promoveu a partir das doulas, a doula não fez diferença. Não teve impacto no modelo. Na verdade, não conseguimos implantar a doula”. Vejo assim, que a percepção da Manuela como membro da equipe de coordenação, enxergando o atendimento cotidiano nas 24 horas do dia, é diferente daquelas mulheres que receberam acompanhamento por parte de alguma das doulas voluntárias e para quem a presença da doula foi marcante em sua experiência, como no caso da Kelle.

---

<sup>25</sup> O mecônio é uma substância gerada pelas fezes do bebê. Por “parto meconial” se entende o processo de parto em que interfere a saída do mecônio, o que pode ser considerado um risco no nascimento, dependendo o paradigma e o obstetra ou parteira que conduz o nascimento.

## NOTAS CONCLUSIVAS

A escrita desta pesquisa aconteceu durante os anos 2019, 2020 e 2021. O contexto pandêmico a partir de março de 2020 trouxe desafios singulares tanto para mim enquanto mãe, pesquisadora, trabalhadora, quanto para o espaço institucional que aqui teve interesse. Nesse mês, que teve início o isolamento social na cidade, a Prefeitura decidiu pelo fechamento das duas maternidades com referência dentro do âmbito do parto humanizado (MBN e Victor Ferreira do Amaral), para disponibilizar leitos a pacientes crônicos, oriundos de hospitais que passaram a atender infetados pelo Covid. Com essa decisão, as gestantes passaram a ser atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, que também receberam pacientes com coronavírus, e na Maternidade Mater Dei. Rapidamente, grupos de adeptos ao parto humanizado começaram uma série de reclamações e o NUDEM (Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Paraná), ingressou em abril uma Ação Civil Pública contra o município de Curitiba, se amparando nas recomendações da OMS que sugerem que durante a pandemia as gestantes sejam assistidas especialmente em maternidades e casas de parto, evitando o convívio com pacientes infectados. Tal situação criou em mim um incômodo relativo ao possível aporte teórico que esta pesquisa busca fazer, sentindo que não era uma boa hora para gerar uma crítica que tem desdobramentos éticos e que pode colocar em cena as ambiguidades e paradoxos do ideário da humanização, num contexto pandêmico inédito e complexo demais. Porém, após refletir, pensei que o trabalho de fazer pesquisa antropológica encarna de maneira inerente um compromisso, que também é ético, com a própria disciplina, na medida em que, como antropólogos/as pretendemos analisar e desvendar as tramas culturais, contribuindo com o desenvolvimento teórico tanto do objeto de análise quanto da disciplina em si. Portanto, vejo necessária a tarefa de trazer alguns pontos relevantes desta pesquisa que são pertinentes para gerar um diálogo com outros trabalhos do campo temático.

Chamei atenção, na análise dos relatos condensados principalmente no último capítulo, para a potência do discurso do ideário da humanização em se tornar a chave de interpretação e leitura das mulheres sobre seus próprios processos corporais, reforçando uma cultura de nascimento que mostra ter derivações na corporeidade e na autopercepção feminina. Assim, o que de fato é “humanizar” o nascimento no contexto analisado fica ligado a uma noção dominante de mulher, bastante homogênea e associada a uma suposta “natureza feminina” que certamente não dá conta da diversidade de sentidos que os *habitus* e as trajetórias corporais vem me mostrar. Ainda, reconhecendo a diversidade de mulheres usuárias do serviço, a

proposta/discurso institucional parece ser dirigida a um estereótipo de mulher que sabe o que deseja em relação ao nascimento, que tem liberdade para escolher o tipo de parto e as práticas obstétricas que vão acontecer no decorrer do processo, e que recebeu “instruções para parir” fora ou dentro do espaço institucional, sem advertir que tais liberdades de escolha (que no ideário da humanização estão ligadas à noção de protagonismo) não existem apenas no fato consciente de marcar uma cruz no plano de parto, em tal o qual opção, senão que são inerentes às disposições corporais geradas na sua trajetória biográfica e no desenvolvimento corporal durante a socialização. Assim, as experiências dos processos dos partos mostram esse amálgama em que estão presentes as idealizações das mulheres relativas ao nascimento e à maternidade, geradas em diálogo com os valores do discurso do parto humanizado, com disposições corporais e com sentidos intrínsecos à forma de viver de cada uma. Isto suscita duas questões. Por um lado, refresca uma das perguntas anunciadas por Martin, presente ao longo da escrita, relativa à noção de natureza feminina que permeia o discurso do ideário da humanização. Nesse sentido, Tornquist disse:

O Parto e o Nascimento são vistos, tanto pelos alternativos quanto pelos profissionais de saúde, como eventos fisiológicos e naturais sobre os quais a medicina altamente tecnologizada teria agido inadvertidamente, transformando aquilo que seria simples e sadio em complexo e patológico. O próprio termo “humanização” reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de “animalizar”. A definição de humanização para um autor como Odent está referida ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores, e a nossa particularidade (a dimensão cultural) é vista como um problema do qual nós deveríamos nos “livrar”, para então reencontrar nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar. A crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto, desse modo, não questiona a própria concepção dicotômica natureza–cultura, mas sim inverte os sinais, positivando a dimensão tida como Natural e negativizando aquela tida como tecnocrática/social/cultural e ocidental. O ideário, ao entronizar dessa forma a Natureza, remete-se às concepções evolucionistas e românticas de um mundo e de uma humanidade distantes ou libertos da arbitrariedade da história e da cultura. (TORNQUIST, 2002, p.488).

Eu digo que além de não questionar a própria concepção dicotômica natureza-cultura, na busca do parto “natural e fisiológico” o paradigma da humanização parece não ser consciente, ou ter uma relativa inocência, na hora de assumir haver se tornado uma “cultura de nascimento”, o que Tornquist define como *estética e pedagogia do parto*, com nítidas reverberações e impressões na corporeidade e subjetividade feminina, produzindo um movimento cíclico ou espiralado: na busca de fugir da cultura para ir a uma suposta natureza essencialista e universalista, desenvolveu um conteúdo cultural com evidentes reverberações nas experiências das mulheres. Com isto, aparece frente a mim uma dificuldade ressaltada por

Jackson (2010) como um mecanismo comum dentro do campo de pesquisas da antropologia do corpo, que é que o corpo é definido como um meio de expressão e comunicação, não só reduzido ao status de signo senão também considerado uma “coisa” sobre a que se projetam padrões sociais, o que produz uma reificação do corpo convertido em “sinônimo” da sociedade ou do “corpo social”, assumindo um rol passivo e carregado de significados governado pelo social.

Seguindo a advertência de Jackson, não desejo produzir uma análise reducionista que considere que a narrativa da humanização constrói os corpos em parto, mas sim, ressaltar que a etnografia vem a me revelar como essa narrativa torna-se o prisma pelo qual passa a autopercepção feminina antes e durante a experiência do parto, em conjunto com as disposições e “técnicas” corporais próprias de cada trajetória, que certamente provém do húmus social e cultural de onde retira a simbólica da relação com os outros e com o mundo (LE BRETON, 2006). Assim, o corpo como conjuntura seria essa trama viva de sentidos, movimentos, disposições, intenções, percepção, coadunados na experiência.

Tornquist continua:

Se, no entanto, pensamos em termos de uma perspectiva construcionista, ao contrário, humanizar o parto implicaria trazer para o campo do simbólico a experiência da parturição; implicaria perceber a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural que se fazem presentes no ritual do parto, mesmo que este parto seja protagonizado de forma solitária por uma mulher, como em alguns casos na nossa sociedade ou naquelas culturas onde as “índias dão à luz sozinhas”, em função de seu próprio sistema cosmológico, suas concepções de vida, morte, natureza, cultura, humanidade e animalidade (TORNQUIST, 2002, p. 488).

No conteúdo desta cultura de nascimento parece ser privilegiada uma imagem universal do comportamento humano e da natureza feminina, que na instituição se reforça numa prática específica, porém não menos importante: o não uso de anestesia.

Segundo Muller, Rodrigues e Pimentel “tanto o movimento da humanização quanto as políticas públicas em saúde parecem ser carente de uma perspectiva que dê conta da diversidade cultural” (MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015, p. 286). Esta dificuldade de dar conta da diversidade cultural permeia, na mesma medida que provém, do discurso da humanização e das dinâmicas e relações entre os agentes institucionais, observando nas rachaduras ou interstícios criativos dentro do poliedro, a maior ou menor proximidade dos agentes aos sentidos e à história de cada usuárias do serviço, como também a tensão que essa proximidade produz com os protocolos institucionais.

Mesmo agrupando as mulheres em duas caracterizações, como prática metodológica e analítica, busquei, através das citações dos relatos, individualizar a vivência de cada uma para

mostrar que as experiências são certamente diversas, e que no agir do corpo em processo de parto aparece inevitavelmente o vínculo atrelado entre natureza e cultura.

Reconhecendo os limites deste trabalho, entre eles considerando que a reflexão poderia aprofundar alguns tópicos, especialmente o relativo às experiências da dor, e abraçar outros no que tange ao fazer pesquisa na área da saúde e ao campo temático (que tem uma prolífica produção nos últimos anos), ele nasceu da vontade de resgatar as vozes das usuárias de um serviço de saúde e busca contribuir ao desenvolvimento de uma nova concepção relativa aos processos da saúde feminina, que seja ancorada nas experiências como ponto de partida para iluminar o debate tanto dos movimentos sociais, quanto das políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. V. O Corpo na Teoria Antropológica. *Revista de Comunicação e Linguagens*, Lisboa, 33: 49-66, 2004.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Nervios, proyectos e identidades: narrativas de la experiencia. In: GRIMBERG, M. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos*. Buenos Aires: Antropofagia, 2009.
- BADINTER, E. *O Amor Incerto*. Lisboa: Relógio d 'Água, 1980.
- BADINTER, E. Xy: *A identidade masculina*. Lisboa: Editorial Asa, 1992.
- BOURDIEU, P. *O campo científico*. Ortiz, Bourdieu – *Sociologia*. Coleção Grandes Cientistas Sociais, vol. 39. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P. *El sentido práctico*. México, Siglo XXI Editores. 2007.
- BOURDIEU, P. *Las estrategias de la reproducción social*. México: Siglo XXI Editores, 2011.
- BRAUDEL, F. *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*. México: Fondo de cultura económica, 1987.
- CARNEIRO, R. G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.
- CASTRO, M. *A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- CERES, V.; RUBEN, G.; MACIEL, M.E, ARI, P. (coord.) *Antropologia e ética: O debate atual no Brasil*. ABA. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2004.
- CITRO, S. *La antropología del cuerpo y los cuerpos en el mundo*. Indicios para una genealogía (in)disciplinar. Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2010.
- CONCONE, M.H.V.B. *A pesquisa e a ética*. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- CORBIN, A.; COURTINE, J.J; VIGARELLO, G. *História do corpo III*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- CORREIA, M. Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, Lisboa, 3(XVI), 365-371, 1998.
- CSORDAS, T. *A corporeidade como um Paradigma para a Antropologia*. Corpo/Significado/Cura. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CSORDAS, T. *Modos somáticos de atención*. Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2010.

CSORDAS, T. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. *Educação*, Porto Alegre, v.36, n.3, p. 292-305, set./dez, 2013.

DAVIS-FLOYD, R. *Birth as an American rite of passage*. California: University of California, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. *The technocratic body: American childbirth as cultural expression*. Estados Unidos: Sociedade de Ciências Médicas, 1994.

DAVIS-FLOYD, R. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. O parto e o lobo mau: uma perspectiva evolucionista. In: GUALDA et all. *Nascimento: perspectivas antropológicas*. São Paulo: Ícone editora, 2017.

DEL VALLE, Teresa. *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea, 2002.

DINIZ, C. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, no10, 2005.

DUARTE, L.F. D. *Ética de pesquisa e “correção política” em Antropologia*. Antropologia e ética. O debate atual no Brasil. ABA. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2004.

FASSIN, D. *At the heart of the state*. The moral world of institutions. London: Pluto Press, 2015.

FLEISCHER, S. *Parteiras, buchudas e aperreios*. Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço. Pará. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I, la voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2003.

FRANCO, L. *Brasil em trabalho de parto*. Processos de medicalização do parto e a resolução No 368 da ANS, 2015.

GONÇALVES, R. R. Subjetividade e linguagem na obra de Merleau-Ponty. *Psicologia Usp*, São Paulo, 22(3), 621-934, 2011.

GORELIK, A. O romance do espaço público. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, 17, 2008.

GUALDA, D.M.R.; ANTUNES DE CAMPOS, E; DE SOUZA PRAÇA, B; REJANE SALIM, N; FERREIRA SOARES, G.C. *Nascimento: perspectivas antropológicas*. São Paulo: Ícone editora, 2017.

GUBER, R. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

GUERRIERO, I. C. Z.; SANDOVAL SCHMIDT, M.L; ZICKER, F. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GUTMAN, L. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Nuevo Extremo Editorial, 2003.

HAYS, S. *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós, 1998.

HERNÁEZ, Á. M. *Antropología médica*. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona, Anthropos, 2008.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 6, 1980.

HIRSCH, O. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre. v.15, n.2. 2015.

HOTIMSKI, Sonia. *Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

IMAZ, E. Las madres bricoleurs. Estrategias, prácticas y modelos maternos contemporáneos. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 24(2): 292, maio-agosto, 2016.

JACKSON, M. Conocimientos del cuerpo. *Cuerpos Plurales*, Buenos Aires, 2010.

JORDAN, B. *Birth in four cultures*. Montreal: Eden, 1978.

JORDAN, B. *Birth in four cultures*. 4. ed. Illinois. Waveland. 1993.

KOWARICK, L. *Escritos Urbanos*. São Paulo: Editora 34, 2000.

LANGDON, E.J; MALUF, S. TORNQUIST, C.S. *Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados*. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

LÉVI STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS. *Antropologia Estructural*. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LE BRETON, D. *Antropologia da dor*. São Paulo: Editora Unifesp, 2018.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.



MARTIN, E. *A mulher no corpo*. Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

MAUSS, M. *Sociología y antropología*. Madri: Editorial Tecnos, 1979.

MEAD, Margaret. *Sexo e temperamento*. São Paulo: Perspectiva. 1979.

MENDONÇA, S. S. *Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2013.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Planeta, 1993.

MIRANDA DE OLIVEIRA, F.A. *Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em municípios do sul do Brasil*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

MONTICELLI, M. Ritos de nascimento. In: GUALDA et all. *Nascimento: Perspectivas antropológicas*. São Paulo: Ícone editora, 2017.

MULLER, E; RODRIGUES, L; PIMENTEL C. *O tabu do parto*. Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. Dossiê Partos, maternidades e políticas do Corpo. Porto Alegre, 2015.

ORTNER, S. Teoria na antropologia desde os anos 60. *MANA*, Rio de Janeiro, 17(2), 419-466, 2011.

ORTNER, S. *Antropología y teoría social*. Cultura, poder y agencia. San Martín: UNSAM Edita, 2016.

PANTALEÓN, J. *Entre la carta y el formulario: política y técnica en el desarrollo social*. Buenos Aires: Antropofagia, 2004.

PASCUAL, R. O. El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor. In: GRIMBERG, M. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos*. Buenos Aires: Ed. Antropofagia, 2009.

PEREZ GIL, L. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde Soc*, São Paulo, v.16, n.2, p.48-60, 2007.

POLLI, S. A.; MENDES, A. B.; LOURENÇO, J. *As dimensões da integração do transporte coletivo na metrópole de Curitiba*. Congresso Luso Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Íntegro e Sustentável. UTFPR, 2016.

PUJANA, I. F. *Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda?* Conciencia y estrategias emocionales de mujeres feministas en sus experiencias de maternidad. Dissertação (Mestrado em Estudos Feministas e de Gênero) – Universidade do País Basco, Espanha, 2014.

RABELO, M. *Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

RABELO, M. Estratégias da gestão para implantação do modelo da Rede Cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. *Cogitare Enferm*, Curitiba, (22)2, 2017.

REZENDE, C. B. O parto em contexto. Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v.15, 2015.

RODRIGAÑEZ, C. *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Mercia: Ediciones Crimentales, 2008.

RODRIGAÑEZ, C. *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Murcia: Ediciones Crimentales, 2008a.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. As novas tecnologias reprodutivas e a velha oposição natureza/cultura na visão de M. Strathern. *ILHA*, Florianópolis, v.4, 2002.

ROSSI, A. *La arquitectura de la ciudad*. Barcelona: Gustavo Gili, Punto y Línea, 1986.

SAHLINS, M. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

SALEM, T. *Sobre o casal grávido: inclusão em um universo ético*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Rio de Janeiro, 1987.

SARTI, C.; DUARTE, L.F.D. *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, ABA, 2013.

SANTOS, S.M. *Entre “biomédicos” e agentes comunitários: etnografia do programa saúde da família no contexto de uma unidade de saúde de Curitiba*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

SANTOS, R. O. *Guerra e parto*. Uma análise antropológica sobre a humanização do nascimento em Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SCHMIDT, M.L. *Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas*. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SCHUCH, P. *Ética e antropologia*. Regulação ou aspiração? Ciclo de estudos e debates Procedimentos éticos e a pesquisa em antropologia. Dossiê. Goiânia: FUNAPE/UFG, ABA, 2014.

SIQUEIRA, G. P. *A complementaridade da(s) medicina(s)*: estudo de uma política pública de integração. Monografia do Curso de Ciências Sociais – Universidade Federal do Paraná, 2012.

SOUZA, H.R. *A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

STRATHERN, M. What is a parent?. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, London, 1, 2011.

TEIXEIRA, L.B; BEGA, M. S. Desigualdade Social e o Processo de Urbanização de Curitiba: O Caso do Jardim Parque Iguaçu. *Tempo da ciência*, Toledo, v. 25. n. 49, p. 147-161. jan / jun. 2018.

TONIOL, R. *Do espírito à saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.10, n.2, 2002.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):419-427, 2003.

TORNQUIST, C.S. *Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto e do nascimento*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TORNQUIST, C.S. Parto na contemporaneidade: Perspectivas antropológicas. *Cadernos de Gênero e Antropologia*, Curitiba, v.2, n.6, 2006.


TURNER, V. Liminal ao liminoide: em brincadeira, fluxo e ritual. Um ensaio de simbologia comparada. *Mediações*, Londrina, n.2. 2012.

VAN GENNEP, A. *Los Ritos de Passagem*. Madri: Alianza Editorial, 2008.

VELHO, G. *Um antropólogo na cidade: ensaios de antropologia urbana*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.


## ANEXOS

## Anexo A – modelo de plano de parto



Centro Médico  
Comunitário  
Bairro Novo

## PLANO DE PARTO



FEAES

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Meu nome é: \_\_\_\_\_

Nome do meu bebê: \_\_\_\_\_

Data provável do parto (40 semanas): \_\_\_\_\_

Meu acompanhante no parto será \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

**I- Condução no parto e pós-parto:**

( ) Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes caminhos.

Abaixo listamos nossos desejos em relação ao parto e nascimento do nosso bebê, caso tudo ocorra como planejado. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas e estamos cientes de que os protocolos internos deverão ser seguidos.

**II- Trabalho de parto (Fase Latente e Ativa):**

Estou ciente da possibilidade de serem realizadas as seguintes condutas/procedimentos:

( ) Infusão de soro com ocitocina somente com indicação clínica.

( ) Liberdade de me alimentar e de beber líquidos que forem oferecidos, de acordo com a prescrição.

( ) Rompimento artificial da bolsa amniótica somente com indicação clínica.

( ) Menor número de avaliação de toque vaginal possível.

**Para alívio natural da dor gostaria:**

( ) Uso do chuveiro                      ( ) Caminhar                      ( ) Massagem

( ) Escalda pés                      ( ) Ouvir música                      ( ) Escolher posição que quero ficar

( ) Usar a bola de parto

**III- Parto (fase expulsiva e nascimento do bebê):**

( ) Prefiro as posições verticais: ficar de cócoras, na banqueta de parto, de quatro apoios, lateralizada ou semi-sentada, tendo a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento.

( ) Prefiro fazer força quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada.

( ) Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora.

( ) Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo.

( ) Episiotomia: só se for realmente necessário e que me orientem sobre a indicação.

( ) Gostaria de pouca iluminação (penumbra).



## PLANO DE PARTO



### IV- Após o parto:

- ( ) Gostaria que se o meu bebê nascer bem, seja colocado imediatamente no meu colo após o parto no contato pele a pele, com liberdade para amamentar.
- ( ) Desejo que o cordão seja cortado somente após parar de pulsar, e que, se possível seja realizado o corte pelo meu acompanhante.
- ( ) Gostaria que aguardassem a saída espontânea da minha placenta, ou seja realizado manejo ativo se necessário.
- ( ) Estou ciente de que será realizada a ocitocina sintética para auxiliar na diminuição do sangramento pós parto.

### Cuidados com o bebê:

- ( ) Aspiração de vias áreas, somente se necessário e primeiros cuidados adiados por pelo menos 1 hora após o nascimento para possibilitar o contato pele a pele.
- ( ) Procedimentos com o bebê que possam lhe causar dor, que sejam realizados com ele preferencialmente no meu colo.
- ( ) Caso o bebê precise ser examinado em outra sala, gostaria que o meu acompanhante pudesse acompanhá-lo.
- ( ) Que a equipe peça o meu consentimento antes de realizar procedimentos.
- ( ) Em situações de emergência, desejamos ser informados e esclarecidos sobre procedimentos realizados e motivos.

### Caso a cesárea seja necessária:

- ( ) Quero a presença do acompanhante na sala cirúrgica.
- ( ) Gostaria de um ambiente tranquilo e silencioso.
- ( ) Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo.
- ( ) Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato pele a pele e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.
- ( ) Também gostaria de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento.

Observações da paciente: \_\_\_\_\_

Observações do profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Gestante

\_\_\_\_\_  
Acompanhante

\_\_\_\_\_  
Profissional (Carimbo e assinatura)

Recebido por: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

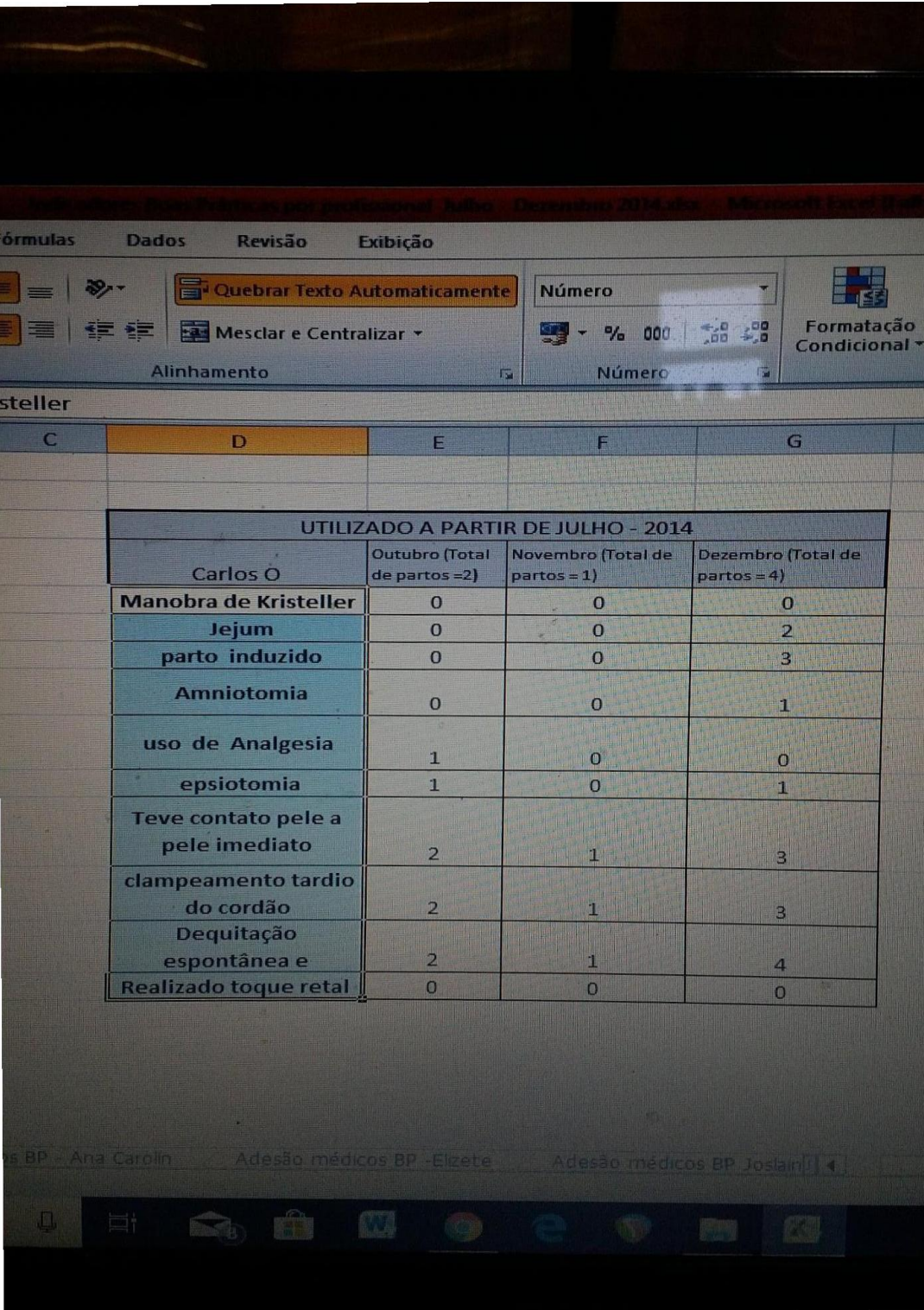
### REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, OMS (2018).

Modelo inspirado no plano de parto do Site Despertar do Parto. Adaptado pelas Residentes de Enfermagem Obstétrica: Gabriela Brandt, Gisáh Michels, Luciana Marin e Tanize de Menezes.



## Anexo B – Tabela das Boas Práticas Obstétricas



UTILIZADO A PARTIR DE JULHO - 2014				
Carlos O	Outubro (Total de partos = 2)	Novembro (Total de partos = 1)	Dezembro (Total de partos = 4)	
Manobra de Kristeller	0	0	0	
Jejum	0	0	2	
parto induzido	0	0	3	
Amniotomia	0	0	1	
uso de Analgesia	1	0	0	
epsiotomia	1	0	1	
Teve contato pele a pele imediato	2	1	3	
clampeamento tardio do cordão	2	1	3	
Dequitação espontânea e	2	1	4	
Realizado toque retal	0	0	0	

Fonte: planilha de controle e seguimento da conjuntura institucional analisada.